ENCONTRO ESTADUAL PARA FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Atenção Básica - Programas e Estratégias

Política Nacional de Atenção Básica - PNAB

A Atenção Básica **é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde**, desenvolvida por meio de **práticas de cuidado integrado e gestão qualificada**, realizada com **equipe multiprofissional** e dirigida à população em território definido, sobre a qual as equipes assumem responsabilidade sanitária.

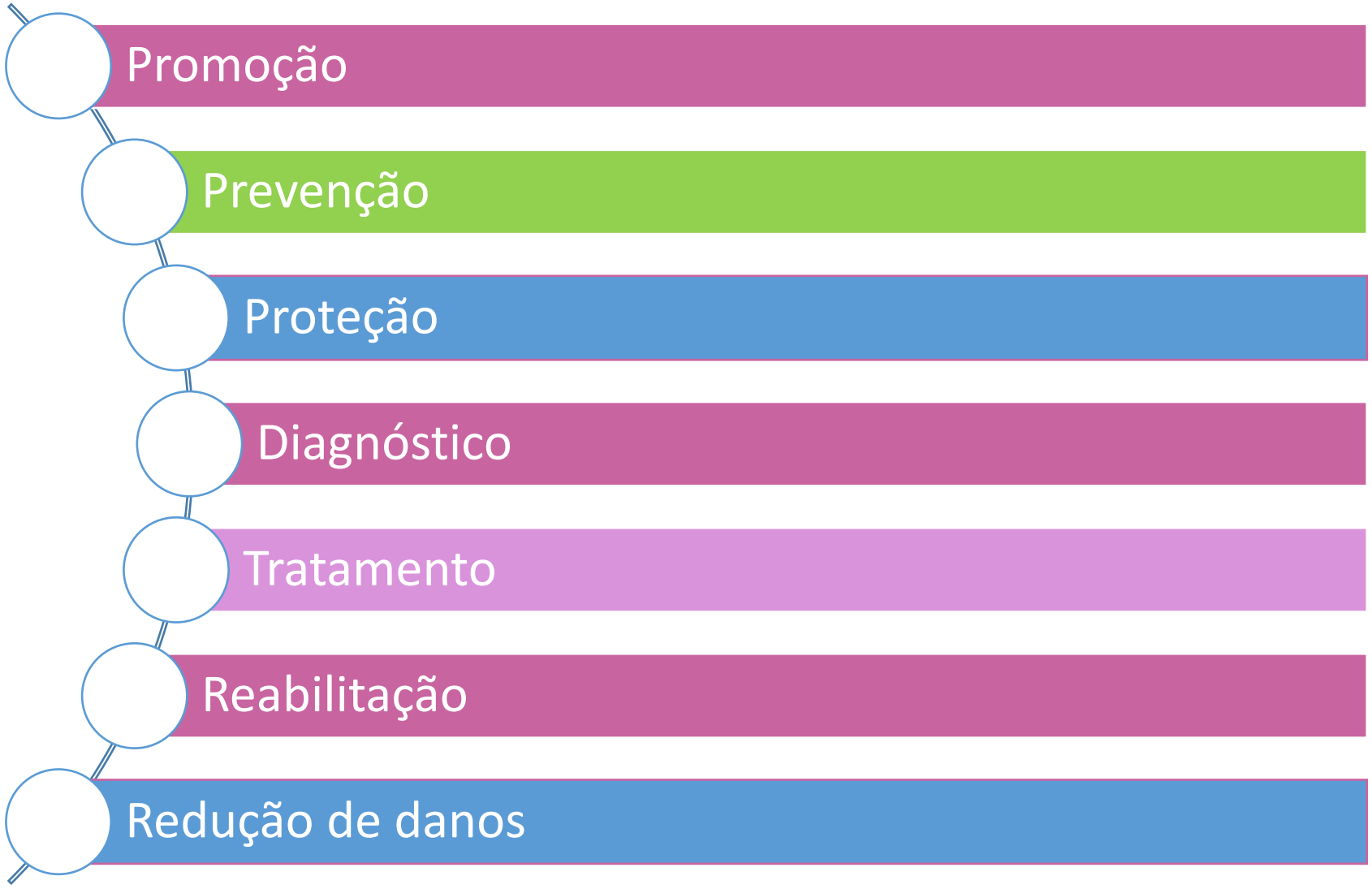
(PNAB, 2017)

Diretrizes da Atenção Básica

- Regionalização e hierarquização;
- Territorialização;
- População Adscrita;
- Cuidado centrado na pessoa;
- Resolutividade;
- Longitudinalidade do cuidado;
- Coordenação do cuidado;
- Ordenação da rede; e
- Participação da comunidade.

(PNAB, 2017)

Atenção Básica:



(PNAB, 2017)

Atenção Básica:

- Cuidados paliativos
- Vigilância em saúde
- Práticas de cuidado integrado
- Gestão qualificada
- Equipe multiprofissional
- Dirigida à população em território definido

(PNAB, 2017)

OS SISTEMAS DE ATENÇÃO À SAÚDE ORIENTADOS PELA ATENÇÃO BÁSICA APRESENTAM:

- Diminuição da mortalidade
- Redução do fluxo de pessoas usuárias para os serviços secundários e para os serviços de urgência e emergência
- Redução dos custos da atenção à saúde
- Maior acesso a serviços preventivos
- Redução das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial e das complicações potencialmente evitáveis da atenção
- Melhoria da equidade

FONTES: STARFIELD (1994); SHI (1994); INSTITUTE OF MEDICINE (1994); BINDMAN et al (1995); STARFIELD (1996); REYES et al (1997); SALTMAN & FIGUERAS (1997); BOJALIL et al (1998); RAJMIL et al (1998);

Mudanças na PNAB 2017

Composição da equipe ESF

Enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e ACS.

Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

Podendo acrescentar:

Saúde bucal (Dentista e técnico) e Agente de Combate à Endemias

Carga horária

ESF somente 40 horas/semanais (acabaram as equipes com flexibilidade de carga horária médica (20 – 20x20 – 30x30)

População adscrita

Por equipe de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) é de 2.000 a 3.500

Mudanças na PNAB 2017

Agente Comunitário de Saúde pode ser membro da ESF/EAB

Território único e planejamento integrado das ações, e a coordenação do trabalho do ACS passa a ser responsabilidade de toda a equipe (nível superior)

ACS obrigatório na ESF (quantidade a depender da necessidade e perfil epidemiológico local / em áreas de vulnerabilidade, 1 para máximo de 750 pessoas, cobrindo 100% da pop. / excluído máximo por equipe)

ACS facultativo na EAB

Modifica e amplia as atribuições dos ACS, a serem realizadas em caráter excepcional, assistidas por profissional de nível superior e após treinamento e com autorização legal – aferir a pressão, medição da glicemia e aferir temperatura e realizar técnicas limpas de curativo

Mudanças na PNAB 2017

Equipe de Atenção Básica passa a ser reconhecida na PNAB- anteriormente, somente no PMAQ

Composição da equipe
Enfermeiro, médico, técnico de enfermagem

Podendo acrescentar:
Saúde bucal (Dentista e técnico), Agente de Combate à Endemias e Agentes Comunitários de Saúde

A **carga horária** total da EAB é semelhante a ESF: carga horária mínima semanal (40h), porém a distribuição ficou assim definida: composição das equipes (máximo 3 profissionais por categoria/CH mínima 10h)

Há previsão de **financiamento** da EAB, com valor inferior ao repassado às ESF, que continua prioritária (em financiamento e modelo de atenção)

Mudanças na PNAB 2017

Território e Vínculo – Usuário agora pode se vincular a mais de uma UBS, através de negociação entre gestão e equipes, e mantendo a informação com a equipe de referência → ampliação de acesso.

Oferta nacional de serviços e ações essenciais e ampliados da AB.

Reconhece os **pontos de apoio como estrutura física** que compõe a AB/SUS para atendimento às populações dispersas (rurais, ribeirinhas, assentamentos, áreas pantaneiras, etc.);

Reconhece o papel do **gerente de UBS**, recomendando sua inserção na equipe, a depender da necessidade local. Gerente de AB deve ter nível superior, preferencialmente da área da saúde. Caso seja enfermeiro, a UBS deverá ter outro enfermeiro para as ações de cunho clínico.

Conceitos

Redes de Atenção à Saúde

São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2010 – Portaria 4.279, de 30/12/2010).

REDE CEGONHA

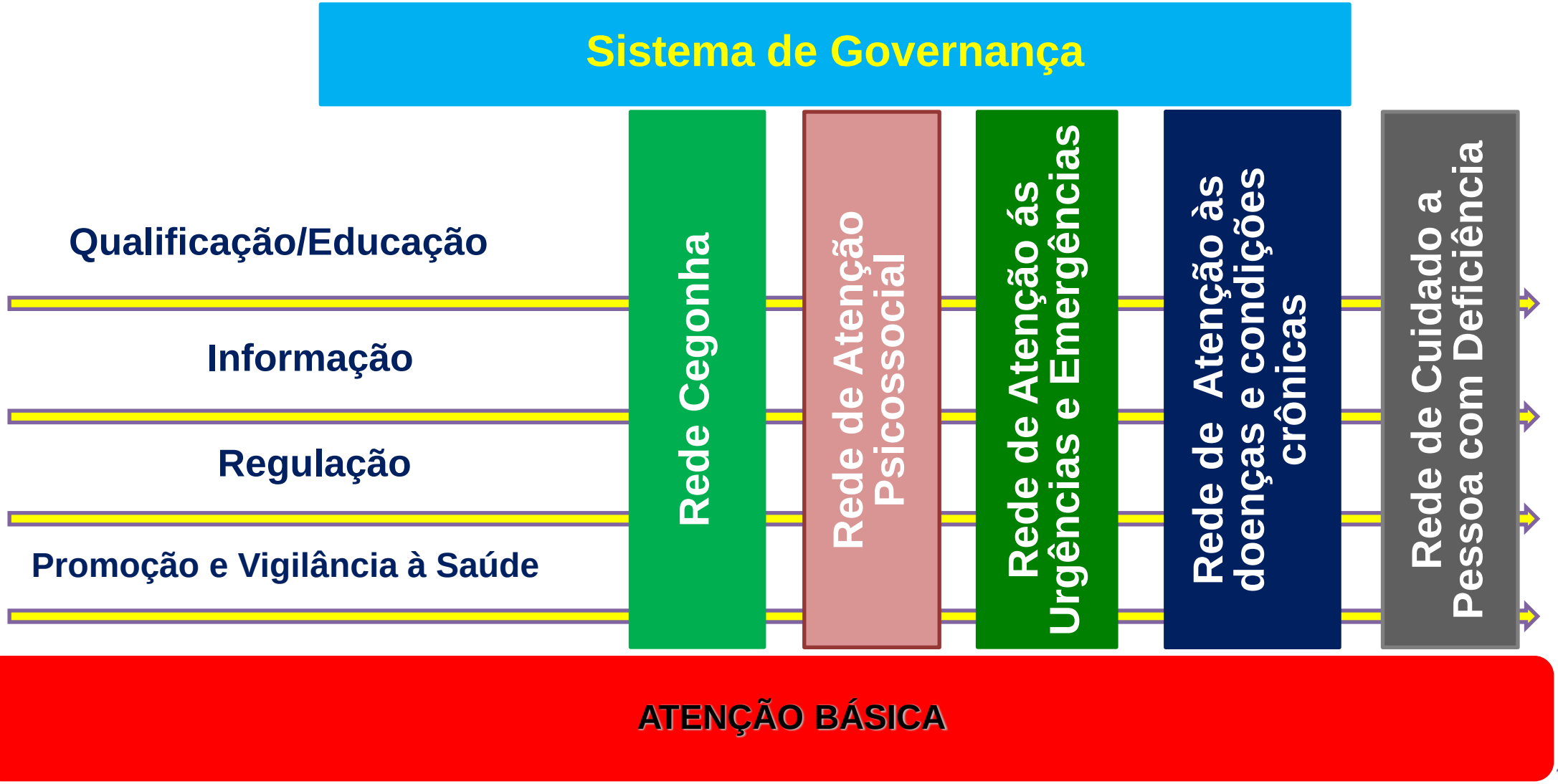
SAÚDE CONTE COM A GENTE

SAÚDE TODA HORA

SAÚDE SEM LIMITE

SUS MINISTÉRIO DA SAÚDE GOVERNO FEDERAL

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE



Conceito Acesso Ampliado

Para pensar sobre o **acesso aos serviços de saúde da Atenção Básica**, é fundamental que a população reconheça que as unidades básicas de saúde (UBS) estão ali, próximas a seu domicílio, e podem resolver grande parte de suas necessidades em saúde. Para isso, gestores e trabalhadores possuem a tarefa de organizar cada serviço de modo a proporcionar essa identificação pelo usuário. Não é fácil cumprir essa missão, mas um olhar atento ao perfil social e de saúde da população pode ajudar nesse desafio.

"É muito importante a equipe estar mais atenta às necessidades da população, com uma agenda mais adequada à procura diária das pessoas que cuida, e com um acesso menos burocratizado" (CURITIBA, s.d.).

Conceito Acolhimento

É uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH);

Consiste em uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes.

Acolher é um *compromisso* de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde.

- **Acolhimento com classificação de risco**

A classificação de risco é um dispositivo da PNH, uma ferramenta de organização da "fila de espera" no serviço de saúde, para que aqueles usuários que precisam ser atendidos a partir de critérios de prioridade, e não por ordem de chegada.

(BVS, 2018)

Conceito Trabalho em Equipe

O trabalho em equipe é realizado por meio de trabalho colaborativo, múltiplo e interdependente, agrega maior capacidade de análise e de intervenção sobre problemas, demandas e necessidades de saúde, em âmbito individual e/ou coletivo. Encontram-se diferentes formações profissionais que complementam as equipes mínimas de Atenção Básica e podem também ser complementares entre si. Essa composição favorece ações integradas e abrangentes, colocando as diferentes capacidades (específicas e comuns) a serviço do trabalho coletivo da equipe, diante de necessidades concretas de usuários e grupos sociais.

Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde

Contextualização da Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde

- **1999** - Fundação Nacional de Saúde inicia o processo de descentralização para os municípios das ações na área de Epidemiologia e Controle de Doenças (Portaria GM/MS n° 1.399, de 15 de dezembro);
- **2002** - Os Agentes Comunitários de Saúde passam a atuar na prevenção e no controle da malária e da dengue (Portaria GM/MS nº 44, de 03 de janeiro);
- **2006** - Regulamentação das atividades dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias (Lei nº 11.350 de 5 de outubro);
- **2008** - Publicação do Caderno de Atenção Básica nº 21 / Vigilância em Saúde;
- **2009** - Publicação do Caderno de Atenção Básica nº 22 / Vigilância em Saúde: zoonoses;

- Microscopistas são incluídos nas equipes de atenção básica para realizar, prioritariamente, ações de controle da malária (Portaria GM/MS nº 3.238, de 18 de dezembro);

- São aprovadas diretrizes e instituídos componentes para financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios (Portaria GM/MS nº 3.252, de 22 de dezembro);

- **2010** - Foi criado incentivo financeiro adicional para os municípios que cadastrassem Agentes de Combate às Endemias na equipe saúde da família (Portaria GM/MS nº 1007 de 4 de maio);

Contextualização da Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde

- **2014** – Sistema e-SUS AB permite o registro da produção dos Aces e Acs no controle vetorial;
- **2015** - Criação do Código Brasileiro de Ocupações para permitir a inserção dos Agentes de Combate às Endemias nas equipes de atenção básica (Portaria GM/MS nº 165, de 25 de fevereiro);

- Definição de parâmetros e diretrizes para a quantidade de ACE e ACS a ser financiada pelo Ministério da Saúde, incluindo a integração das ações dos ACS e dos ACE (Decreto GM/MS nº 8.474, de 22 de junho)

- Reforço às ações de controle e redução dos riscos em saúde pelas Equipes de Atenção Básica (Portaria 2.121 de 18 de dezembro)

- **2017** - Integração do processo de trabalho da Atenção Básica e Vigilância em Saúde, ações de vigilância inseridas nas atribuições de todos os profissionais da AB, definidas atribuições comuns dos ACS e ACE (PNAB - Portaria GM/MS 2.436, de 21 de setembro);
- **2018** – Reformulação das atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias (Lei nº 13.595, de 5 de janeiro);

Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde

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

Nesse processo, a Vigilância em Saúde (sanitária, ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção da Saúde se mostram como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saúde-doença, auxiliando na percepção dos problemas de saúde e no planejamento das estratégias de intervenção.

Recomendação de território único em que o ACE trabalhe em conjunto com o ACS e os demais membros da equipe de atenção básica, na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias.

(PNAB, 2017)

Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde

A integração do trabalho entre AB e Vigilância em Saúde é um processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde, visando ao planejamento e à implementação de medidas de saúde pública para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, e promoção da saúde.

Processo de trabalho das equipes de atenção básica caracterizado pelo desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos em todos os níveis de atenção (primária, secundária, terciária e quaternária), que priorizem determinados perfis epidemiológicos e os fatores de risco clínicos, comportamentais, alimentares e/ou ambientais, bem como aqueles determinados pela produção e circulação de bens, prestação de serviços de interesse da saúde, ambientes e processos de trabalho.

A finalidade dessas ações é prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças, agravos e complicações, evitar intervenções desnecessárias e iatrogênicas e ainda estimular o uso racional de medicamentos.

(PNAB, 2017)

Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde

- **Dentre as atribuições comuns a todos os membros das equipes de atuam na atenção básica, destacam-se algumas referentes à integração AB e vigilância:**

- Garantir atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde;
- Garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos;
- Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras doenças, agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, para planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde;
- Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais e níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica ampliada e matriciamento ao processo de trabalho cotidiano.

(PNAB, 2017)

Estratégias para integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica

Reorganização dos processos de trabalho das equipes

Integração das bases territoriais (território único)

Integração de ações e atividades entre as equipes de Vigilância e de Atenção Básica

Reorganização do processo de trabalho das equipes

- Importância da aproximação da equipe de atenção básica e de vigilância a fim de eleger prioridades e problemas comuns a serem enfrentados no território, possibilitando melhorar cobertura, qualificar o cuidado, ampliar as ações e a resolutividade.

- Cada equipe de atenção básica deve realizar ações de vigilância em saúde no território adscrito:

  - Análises que subsidiem o planejamento, estabelecimento de prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;

  - Detecção oportuna de doenças e agravos e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública;

  - Vigilância, prevenção e controle das doenças e agravos;

  - Notificação compulsória e condução da investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e outros eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes.

(PNAB, 2017)

Reorganização do processo de trabalho das equipes

A PNAB 2017 **possibilita a inclusão do ACE na equipe de Atenção Básica.**

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada entre a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde.

Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica, podendo estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor local.

(PNAB, 2017)

Reorganização do processo de trabalho das equipes

- Território único deve direcionar a integração do processo de trabalho entre a equipe de Atenção Básica e a Vigilância em Saúde;
- O planejamento deve reorganizar a territorialização e os processos de trabalho de acordo com a realidade local;
- A gestão deve definir o território de responsabilidade de cada equipe;
- Cada equipe deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade;
- Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo.
- Possibilidade, de acordo com a necessidade e conformação do território, através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o diálogo e a informação com a equipe de referência.

(PNAB, 2017)

São atribuições comuns do ACS e ACE:

- Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;
- Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e de ações educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;
- Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

(PNAB, 2017)

Lei nº 13.595 e suas alterações

Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias.

§ 1oÉ essencial e obrigatória a presença de Agentes Comunitários de Saúde na estrutura de atenção básica de saúde e de Agentes de Combate às Endemias na estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental.

Art. 2º O art. 3º da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação:

"§ 2 No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional em saúde da família, é considerada atividade precípua do Agente Comunitário de Saúde, em sua área geográfica de atuação, a realização de visitas domiciliares rotineiras, casa a casa, para a busca de pessoas com sinais ou sintomas de doenças agudas ou crônicas, de agravos ou de eventos de importância para a saúde pública e consequente encaminhamento para a unidade de saúde de referência.

Lei nº 13.595 e suas alterações

§ 3º No modelo de atenção em saúde fundamentado na assistência multiprofissional de saúde da família, são consideradas atividades típicas do Agente Comunitário de Saúde, em sua base geográfica de atuação:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural;

II - o detalhamento das visitas domiciliares, com coleta e registro de dados relativos a suas atribuições, para fim exclusivo de controle e planejamento das ações de saúde;

III - a mobilização da comunidade e o estímulo à participação nas políticas públicas voltadas para as áreas de saúde e sócio educacional;

IV - a realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para acolhimento e acompanhamento:

a) da gestante, no pré-natal, no parto e no puerpério;

b) da lactante, nos seis meses seguintes ao parto;

c) da criança, verificando seu estado vacinal e a evolução de seu peso e de sua altura;

Lei nº 13.595 e suas alterações

d) do adolescente, identificando suas necessidades e motivando sua participação em ações de educação em saúde, em conformidade com o previsto na Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);

e) da pessoa idosa, desenvolvendo ações de promoção de saúde e de prevenção de quedas e acidentes domésticos e motivando sua participação em atividades físicas e coletivas;

f) da pessoa em sofrimento psíquico;

g) da pessoa com dependência química de álcool, de tabaco ou de outras drogas;

h) da pessoa com sinais ou sintomas de alteração na cavidade bucal;

i) dos grupos homossexuais e transexuais, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças;

j) da mulher e do homem, desenvolvendo ações de educação para promover a saúde e prevenir doenças;

Lei nº 13.595 e suas alterações

V - realização de visitas domiciliares regulares e periódicas para identificação e acompanhamento:

a) de situações de risco à família;

b) de grupos de risco com maior vulnerabilidade social, por meio de ações de promoção da saúde, de prevenção de doenças e de educação em saúde;

c) do estado vacinal da gestante, da pessoa idosa e da população de risco, conforme sua vulnerabilidade e em consonância com o previsto no calendário nacional de vacinação;

VI - o acompanhamento de condicionalidades de programas sociais, em parceria com os Centros de Referência de Assistência Social (Cras).

Lei nº 13.595 e suas alterações

“Art. 4º .....

§ 1º São consideradas atividades típicas do Agente de Combate às Endemias, em sua área geográfica de atuação:

I - desenvolvimento de ações educativas e de mobilização da comunidade relativas à prevenção e ao controle de doenças e agravos à saúde;

II - realização de ações de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, em interação com o Agente Comunitário de Saúde e a equipe de atenção básica;

III - identificação de casos suspeitos de doenças e agravos à saúde e encaminhamento, quando indicado, para a unidade de saúde de referência, assim como comunicação do fato à autoridade sanitária responsável;

IV - divulgação de informações para a comunidade sobre sinais, sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e sobre medidas de prevenção individuais e coletivas;

Lei nº 13.595 e suas alterações

VI - cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção e controle de doenças;

“VII - execução de ações de prevenção e controle de doenças, com a utilização de medidas de controle químico e biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

VIII - execução de ações de campo em projetos que visem a avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças;

IX - registro das informações referentes às atividades executadas, de acordo com as normas do SUS;

X - identificação e cadastramento de situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada principalmente aos fatores ambientais;

XI - mobilização da comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores.

Lei nº 13.595 e suas alterações

"Art. 4ºA Lei no11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 4º-A:

Art. 4º-A. O Agente Comunitário de Saúde e o Agente de Combate às Endemias realizarão atividades de forma integrada, desenvolvendo mobilizações sociais por meio da Educação Popular em Saúde, dentro de sua área geográfica de atuação, especialmente nas seguintes situações:

I - na orientação da comunidade quanto à adoção de medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores, de medidas de proteção individual e coletiva e de outras ações de promoção de saúde, para a prevenção de doenças infecciosas, zoonoses, doenças de transmissão vetorial e agravos causados por animais peçonhentos;

II - no planejamento, na programação e no desenvolvimento de atividades de vigilância em saúde, de forma articulada com as equipes de saúde da família;

III - (VETADO);

IV - na identificação e no encaminhamento, para a unidade de saúde de referência, de situações que, relacionadas a fatores ambientais, interfiram no curso de doenças ou tenham importância epidemiológica;

V - na realização de campanhas ou de mutirões para o combate à transmissão de doenças infecciosas e a outros agravos.'"

Lei nº 13.595 e suas alterações

"Art. 6º O art. 5º da Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar com a seguinte redação:

'Art. 5º.§ 1º Os cursos a que se refere o caput deste artigo utilizarão os referenciais da Educação Popular em Saúde e serão oferecidos ao Agente Comunitário de Saúde e ao Agente de Combate às Endemias nas modalidades presencial ou semipresencial durante a jornada de trabalho.

§ 2ºO Agente Comunitário de Saúde e o Agente de Combate às Endemias deverão frequentar cursos bienais de educação continuada e de aperfeiçoamento.

§ 3º Cursos técnicos de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias poderão ser ministrados nas modalidades presencial e semipresencial e seguirão as diretrizes estabelecidas pelo Conselho Nacional de Educação.

Lei nº 13.595 e suas alterações

"Art. 7º O art. 6º da Lei no11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar com as seguintes alterações:

§ 2ºÉ vedada a atuação do Agente Comunitário de Saúde fora da área geográfica a que se refere o inciso I do caput deste artigo.“.(residir na área da comunidade em que atua).

"Art. 10. O art. 9º-A da Lei no11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar com as seguintes alterações:

§ 2º A jornada de trabalho de quarenta horas semanais exigida para garantia do piso salarial previsto nesta Lei deverá ser integralmente dedicada a ações e serviços de promoção da saúde, de vigilância epidemiológica e ambiental e de combate a endemias, em prol das famílias e comunidades assistidas, dentro dos respectivos territórios de atuação, e será distribuída em:

Lei nº 13.595 e suas alterações

I- trinta horas semanais, para atividades externas de visitação domiciliar, execução de ações de campo, coleta de dados, orientação e mobilização da comunidade, entre outras;

II - dez horas semanais, para atividades de planejamento e avaliação de ações, detalhamento das atividades, registro de dados e formação e aprimoramento técnico.

"Art. 12. A Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, passa a vigorar acrescida do seguinte art. 9º-H:

'Art. 9º-H. Será concedida indenização de transporte ao Agente Comunitário de Saúde e ao Agente de Combate às Endemias que realizar despesas com locomoção para o exercício de suas atividades, conforme disposto em regulamento.'"

Desafios para a integração da Atenção Básica com a Vigilância em Saúde

- Realizar planejamento conjunto das ações de Atenção Básica e da Vigilância em Saúde com base nas necessidades do território;
- Fortalecer o diálogo e ações conjuntas visando a melhoria das condições de saúde da população;
- Monitorar e realizar a análise conjunta entre as equipes de vigilância e atenção básica, a fim de proporcionar mudanças positivas no cuidado e no processo saúde e doença da população;
- Definir como se dará a supervisão do trabalho do ACE (estratégias locais);
- Sistema de Informação.Onde seria informado ?

Agenda de implementação AB-VS

1. Discussão no âmbito do Ministério da Saúde entre DAB/SAS e DEVIT/SVS para implementar a integração de território e ações dos ACS e ACE.

2. ACS e ACE: coordenação compartilhada entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde.

3. Mudanças no CNES: Possibilidade de vinculação do ACE às equipes de Atenção Básica.

4. Publicações:

Questões para discussão:

- O que você entende por integração entre AB e VS? Onde começa e até onde vai o campo de atuação da atenção básica nesta interlocução com a vigilância?
- Dentre as realidades presentes, existe ou existiu alguma experiência de integração entre AB e VS?
- Se sim como se desenvolveu esta integração:
  - Foram realizadas reuniões ou oficinas? Com participação de quais setores (coordenações ou equipes?)
  - Como se deu o planejamento ou programação de atividades?
  - Quais as possibilidades de integração do território AB e Vigilância?
- Houve continuidade ou modificação no processo de trabalho das equipes?
- Que estratégias os municípios podem sugerir para facilitar essa integração?
- Que benefícios (ganhos) foram observados?

Produto da Oficina:

- Lista de estratégias para integração do processo de trabalho da atenção básica e para integração com a vigilância em saúde, reflexões sobre a composição de equipes.

Referências

- PNAB, 2017
- BVS: Dicas em Saúde: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html
- Caderno de Atenção Básica nº 39
- Caderno de Atenção Básica nº 21 e 22
- Lei nº 13.595-17 de abril de 2018 .