

MINISTÉRIO DA SAÚDE



**Saúde da Família**

## **Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica**

Brasília-DF  
2013

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

# **Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica**

Série E. Legislação de Saúde

Brasília-DF  
2013

# Sumário

Ação 1: induzir a melhoria do acesso e qualidade dos serviços na Atenção Básica (AB) .....	5
Ação 2: ampliar a adesão ao pré-natal e ao puerpério/atenção integral à saúde da criança por meio da adesão integrada (PMAQ/Rede Cegonha) .....	8
Ação 3: ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica (AB) – recurso per capita .	10
Ação 4: ampliar a cobertura da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) em todo o território brasileiro.....	12
Ação 5: ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica por meio de equipes de Saúde da Família (eSF) .....	15
Ação 6: ampliar o acesso da população ribeirinha à Atenção Básica à saúde por meio das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR).....	19
Ação 7: ampliar o acesso da população ribeirinha à Atenção Básica à saúde por meio de implantação das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) .....	22
Ação 8: ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) .....	26
Ação 9: financiar a construção de Academias da Saúde para as equipes de Atenção Básica ....	30
Ação 10: ampliar e qualificar a atenção domiciliar – Melhor em Casa .....	34
Ação 11: ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde por meio das equipes de Consultório na Rua .....	36
Ação 12: incluir microscopista na Atenção Básica junto às equipes de agentes comunitários de saúde e/ou às equipes de Saúde da Família (eSF) .....	40
Ação 13: implantação e utilização do Telessaúde Redes para ampliar a resolutividade clínica das equipes de Atenção Básica e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde (RAS) .....	42
Ação 14: implantar o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) .....	46
Ação 15: financiar a aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a Atenção Básica à saúde .....	52
Ação 16: ampliar o acesso da equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica .....	54
Ação 17: implantar Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) – Programa Brasil Sorridente.....	57
Ação 18: inclusão de procedimentos de ortodontia/ortopedia e implante dentário no Centro de Especialidades Odontológicas .....	60
Ação 19: adesão do CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência .....	62
Ação 20: implantar Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD).....	64

Ação 21: promover a expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) nos grandes centros urbanos .....	67
Ação 22: ampliar o acesso às Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde.....	69
Ação 23: estruturação do cuidado às pessoas com doenças crônicas.....	73
Ação 24: implantar o Programa Saúde na Escola (PSE) .....	77
Ação 25: alimentação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) .....	79
Ação 26: implantar o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) .....	82
Ação 27: acompanhar as condicionalidades da saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.....	84
Ação 28: implantar o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.....	88
Ação 29: implantar a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável – Amamenta e Alimenta Brasil.....	90
Ação 30: implementar a Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil .....	93

## **Ação 1: induzir a melhoria do acesso e qualidade dos serviços na Atenção Básica (AB)**

**Para quem:** municípios e equipes de saúde: Atenção Básica, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipes de Atenção Domiciliar, equipes de Consultório na Rua e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), além do Programa Saúde na Escola.

**Produto:** equipes de saúde participantes do programa aprimoram os serviços de saúde ofertados e recebem mais recursos.

### **Objetivos:**

- I – Ampliar o impacto da AB sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da Atenção Básica;
- II – Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da AB;
- III – Promover maior conformidade das UBS com os princípios da AB, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde;
- IV – Promover a qualidade e inovação na gestão da AB, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo;
- V – Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da AB;
- VI – Institucionalizar uma cultura de avaliação da AB no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados;
- VII – Estimular o foco da AB no usuário, promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.

### **Como implantar o PMAQ:**

**Passo 1:** adesão dos municípios e das equipes de saúde.

**Passo 2:** desenvolvimento de ações que qualificam a gestão, o cuidado e a gestão do cuidado, norteadas por processos de autoavaliação, educação permanente, apoio institucional e monitoramento.

**Passo 3:** avaliação externa para certificação das equipes de saúde.

**Passo 4:** recontratualização com municípios e equipes.

### **Incentivos financeiros:**

Fundo a fundo – PAB variável: componente qualidade.

As equipes podem até dobrar o recurso que o município já recebe por meio do PAB variável.

O município, a partir da adesão ao programa, começa a receber 20% do PAB-Qualidade. Após avaliação externa, as equipes, de acordo com seu desempenho, podem receber 20%, 60% ou 100% dos recursos.

### **Publicações:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica no Brasil**: AMAQ. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/geral/amaq.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/pmaq\\_manual\\_instrutivo.pdf](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](http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/Pmaq/pmaq_manual_instrutivo_anexo.pdf)>. Acesso em: 2011.

### **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.654/GM, de 19 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 138, 20 jul. 2011, p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 24 out. 2011, p. 48-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.396, de 13 de outubro de 2011**. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 14 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 22, 31 jan. 2007, p. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 703/SAS, de 21 de outubro de 2011. Estabelece normas para o cadastramento, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), das novas equipes que farão parte da Estratégia Saúde da Família (ESF). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 204, 24 out. 2011, p. 66.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 576/GM, de 19 de setembro de 2011. Estabelece novas regras para a carga horária semanal (CHS) dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, conforme descrito no Anexo I; estabelece normas para o cadastramento, no CNES, das equipes de Atenção Básica que farão parte do PMAQ. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 181, 20 set. 2011, p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.089, de 28 de maio de 2012. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 29 maio 2012.

#### **Contatos:**

Coordenação-Geral de Acompanhamento e Avaliação (CGAA)  
Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica  
Correio eletrônico: pmaq@saude.gov.br  
Telefones: (61) 3315-5905/5088

## **Ação 2: ampliar a adesão ao pré-natal e ao puerpério/atenção integral à saúde da criança por meio da adesão integrada (PMAQ/Rede Cegonha)**

### **O que é a Rede Cegonha?**

É uma estratégia do Ministério da Saúde que visa a implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional.

### **Quais são os componentes da Rede Cegonha?**

São quatro os componentes da Rede Cegonha:

- I – Pré-natal;
- II – Parto e nascimento;
- III – Puerpério e atenção integral à saúde da criança; e
- IV – Sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

### **Quais as modalidades de adesão à Rede Cegonha?**

- **Adesão regional** – para o Distrito Federal e o conjunto de municípios da região de saúde priorizada na CIB, conforme critérios da Portaria GM/MS nº 2.351/2011;  
Referente à adesão aos componentes pré-natal e puerpério/atenção integral à saúde da criança, prevê duas possibilidades:
- **Adesão facilitada** – para os municípios que NÃO pertencem à região de saúde priorizada na CIB e que NÃO aderiram ao Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ); e
- **Adesão integrada** – para os municípios com adesão ao Programa da Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) que estão previstos ou não na adesão regional.

### **Adesão integrada – passo a passo:**

**Passo 1:** acessar o Sistema de Gestão de Programas do Departamento de Atenção Básica do PMAQ, pelo endereço eletrônico: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/redecegonha/>.

**Passo 2:** acessar o Termo Aditivo ao Termo de Compromisso do PMAQ, comprometendo-se com as metas/ações da RC.



**Passo 3:** informar a cobertura SUS (%); os campos (procedimentos, parâmetros e total programado) são preenchidos automaticamente pelo sistema assim que é gerada a estimativa de gestantes do município.

**Passo 4:** verificar se todos os passos foram concluídos e se a adesão foi finalizada no sistema.

**Passo 5:** solicitar acesso ao SISPRENATAL WEB por meio do endereço eletrônico: [www.saude.gov.br/sisprenatal](http://www.saude.gov.br/sisprenatal) para cadastrar a gestante no pré-natal, parto e puerpério, nas unidades de saúde públicas ou conveniadas ao SUS.

**Passo 6:** o município começa a receber os recursos referentes aos exames novos de pré-natal estabelecidos pela Portaria GM/MS nº 1.459/2011, que institui a Rede Cegonha mediante publicação de portaria específica.

#### **Legislação:**

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.351, de 5 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 6 out. 2011, p. 58.

#### **Contatos:**

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica  
Correio eletrônico: [dab@saude.gov.br](mailto:dab@saude.gov.br) ou [saude.mulher@saude.gov.br](mailto:saude.mulher@saude.gov.br)  
Telefones: (61) 3315-5905/5902

### **Ação 3: ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica (AB) – recurso per capita**

**Para quem:** toda a população brasileira.

**Produto:** fortalecimento das ações de Atenção Básica (AB).

**Para que serve:** o recurso *per capita* será transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal, com base num valor multiplicado pela população do município. O recurso será calculado pela multiplicação da população de cada município e do Distrito Federal por um valor, fruto de pactuação tripartite e devidamente publicado em portaria específica, levando-se em conta critérios de equidade. A população de cada município e do Distrito Federal será definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

#### **Incentivos financeiros:**

O valor mínimo do recurso *per capita*, para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos municípios e do Distrito Federal, conforme pontuação calculada segundo critérios definidos na Portaria nº 1.602/GM, de 9 de julho de 2011.

I – O valor mínimo passa para R\$ 23,00 (vinte e três reais) por habitante ao ano para: municípios com pontuação menor que 4,82 e população de até 50 mil habitantes;

II – O valor mínimo passa para R\$ 21,00 (vinte e um reais) por habitante ao ano para: municípios com pontuação entre 4,82 e 5,40 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 4,82 e população entre 50 e 100 mil habitantes;

III – O valor mínimo passa para R\$ 19,00 (dezenove reais) por habitante ao ano para: municípios com pontuação entre 5,40 e 5,85 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,40 e população entre 100 e 500 mil habitantes;

IV – O valor mínimo permanece em R\$ 18,00 (dezoito reais) por habitante ao ano para: municípios não contemplados nos itens anteriores.

#### **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, considerando a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 24 out. 2011, p. 48-55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.602/GM, de 9 de julho de 2011. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais

e mensais da parte fixa do PAB. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 131, 11 jul. 2011, p. 50.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 22, 31 jan. 2007, p. 45.

## **Ação 4: ampliar a cobertura da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) em todo o território brasileiro**

**Para quem:** toda a população brasileira.

**Produto:** famílias atendidas por agentes comunitários de saúde (ACS).

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

De acordo com os dados relativos à competência de novembro de 2012 (CNES), existem mais de 257 mil ACS em todo o Brasil desenvolvendo ações de promoção e vigilância em saúde e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Cabe à gestão municipal a decisão de aderir à Estratégia em seu território.

A partir da nova PNAB, é item necessário para implantação da EACS a existência de um enfermeiro para até, no máximo, 12 e, no mínimo, 4 ACS.

### **Como implantar equipes de agentes comunitários de saúde – passo a passo:**

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

- a) Área geográfica a ser coberta, com estimativa da população residente;
- b) Descrição da estrutura mínima com que contarão as UBS onde atuarão os ACS;
- c) Definição das ações mínimas a serem desenvolvidas pelo ACS;
- d) Indicação das UBS que servirão de referência para o trabalho dos ACS;
- e) Definição do processo de avaliação do trabalho das equipes e da forma de acompanhamento do pacto de indicadores da Atenção Básica e utilização dos sistemas nacionais de informação;
- f) Descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos ACS, de acordo com a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006;
- g) Contrapartida de recursos do município e do Distrito Federal.

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

**Passo 3:** a Secretaria Municipal de Saúde envia as informações para análise da Secretaria Estadual de Saúde.

**Passo 4:** a Secretaria Estadual de Saúde submete o pleito do município à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

**Passo 5:** a CIB envia a planilha para o Ministério da Saúde.

**Passo 6:** o Ministério da Saúde publica portaria credenciando o município no Diário Oficial da União.

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

**Passo 8:** o município começa a receber os recursos referentes ao número de ACS implantados e informados no SCNES, mas, para manutenção dos recursos, é preciso alimentar mensalmente os sistemas de informações nacionais.

#### **Incentivos financeiros:**

O incentivo será repassado do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde, conforme definido na Portaria nº 459/GM, com valor de R\$ 871,00 por ACS implantado no município por mês. No último trimestre de cada ano, será repassada parcela extra, calculada com base no número de ACS registrados no cadastro de equipes e profissionais do sistema de informação definido para esse fim, no mês de agosto do ano vigente, multiplicado pelo valor do incentivo.

#### **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 204, 24 out. 2011, p. 48.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 193, 6 out. 2006, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 750/SAS, de 10 de outubro de 2006. Institui a ficha complementar de cadastro das equipes de Saúde da Família; Saúde da Família com Saúde Bucal – modalidade I e II; e de agentes comunitários de saúde, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a partir da competência de outubro de 2006, conforme formulário modelo e orientação de preenchimento, anexo I, II e III desta portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 197, 13 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1 n. 22, 31 jan. 2007, p. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 459/GM, de 15 de março de 2012. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de agentes comunitários de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 16 mar. 2012, p. 170.

### **Publicações:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

### **Disponível em:**

[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)

### **Contatos:**

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica  
Correio eletrônico: [dab@saude.gov.br](mailto:dab@saude.gov.br)  
Telefones: (61) 3315-5905/5902

## **Ação 5: ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica por meio de equipes de Saúde da Família (eSF)**

**Para quem:** toda a população brasileira.

**Produto:** equipes de Saúde da Família implantadas.

**Para que serve:** a Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para a sua organização, de acordo com os preceitos do SUS. Tem como objetivos possibilitar acesso universal à saúde; efetivar a integralidade das ações da Atenção Básica; promover o cuidado integral e contínuo ao usuário, família e comunidade; estimular o controle social e a participação popular; contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira; e ampliar o acesso dela à Atenção Básica.

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

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

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

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

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

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

V – Um médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família. Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para

atender a essa especificidade. Além disso, é recomendável que o número de usuários por equipe seja próximo de 2.500 pessoas. As equipes com essa configuração são denominadas equipes transitórias, pois, ainda que não tenham tempo mínimo estabelecido de permanência nesse formato, é desejável que o gestor, tão logo tenha condições, transite para um dos formatos anteriores que prevêem horas de médico disponíveis durante todo o tempo de funcionamento da equipe.

### **Como credenciar a Estratégia Saúde da Família (ESF) – passo a passo:**

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

- a) Área geográfica a ser coberta, com estimativa da população residente;
- b) Descrição da estrutura mínima com que contarão as Unidades Básicas de Saúde onde atuarão as equipes de Saúde da Família (eSF);
- c) Definição das ações mínimas a serem desenvolvidas pelas eSF;
- d) Proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços de saúde de maior complexidade;
- e) Definição do processo de avaliação do trabalho das equipes e da forma de acompanhamento do pacto de indicadores da Atenção Básica e utilização dos sistemas nacionais de informação;
- f) Descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais da eSF, contemplando o cumprimento de carga horária para todos os profissionais;
- g) Contrapartida de recursos do município e do Distrito Federal.

**Passo 2:** a Secretaria Municipal de Saúde envia as informações para análise da Secretaria Estadual de Saúde.

**Passo 3:** a Secretaria Estadual de Saúde submete o pleito do município à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

**Passo 4:** a CIB envia a planilha para o Ministério da Saúde.

**Passo 5:** o Ministério da Saúde publica o credenciamento do município no Diário Oficial da União.

**Passo 6:** o município inscreve os profissionais da eSF no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme define a Portaria nº 750/SAS.

**Passo 7:** o município começa a receber os recursos referentes ao número de eSF implantadas e informadas no SCNES, mas, para manutenção dos recursos, é preciso alimentar mensalmente os sistemas de informações nacionais.

Segundo fluxo para implantação e credenciamento das equipes de AB, definido pela Portaria GM nº 2.887/2012, as diretrizes gerais da Política de Atenção Básica por meio do Plano de Saúde deverão estar aprovados pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde ou Conselho de Saúde do Distrito Federal.



### **Incentivos financeiros:**

Os incentivos serão repassados do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, de acordo com a modalidade da eSF na qual o município se enquadre, conforme definido na Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012, e Portaria nº 650, de 28 de março de 2006.

#### **Modalidade 1:**

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

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

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

#### **Modalidade 2:**

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

Incentivo de custeio mensal por equipe – R\$ 7.130,00.

### **Publicações:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Livreto Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2001**: regulamentação da Lei nº 8.080/90/Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais**: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

### **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da

Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 17 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 204, 24 out. 2011, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 750/SAS, de 10 de outubro de 2006. Institui a ficha complementar de cadastro das equipes de Saúde da Família; Saúde da Família com Saúde Bucal – modalidade I e II; e de agentes comunitários de saúde, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a partir da competência de outubro de 2006, conforme formulário modelo e orientação de preenchimento, anexo I, II e III desta portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 197, 13 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 22, 31 jan. 2007, p. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 822/GM, de 17 de abril de 2006. Altera critérios para definição de modalidades das eSF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 18 abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 650, de 28 de março de 2006. Define valores de financiamento do PAB fixo e variável mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 61, 29 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 576, de 19 de setembro de 2011. Estabelece novas regras para a carga horária semanal (CHS) dos profissionais médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, conforme descrito no Anexo I; estabelece normas para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das equipes de Atenção Básica que farão parte do PMAQ. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 181, 20 set. 2011, p. 79.

**Disponível em:**

[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)

**Contatos:**

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica

Correio eletrônico: [dab@saude.gov.br](mailto:dab@saude.gov.br)

Telefones: (61) 3315-5905/5902

## **Ação 6: ampliar o acesso da população ribeirinha à Atenção Básica à saúde por meio das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR)**

**Para quem:** populações ribeirinhas na Amazônia Legal e em Mato Grosso do Sul.

**Produto:** equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR).

**Para que serve:** equipes que desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde construídas/localizadas nas comunidades pertencentes à área adscrita e cujo acesso se dá por meio fluvial.

### **Como credenciar as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) – passo a passo:**

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

- a) Território a ser coberto, com estimativa da população residente;
- b) Número de agentes comunitários de saúde em quantitativo compatível com sua capacidade de atuação, apresentando a localidade de sua responsabilidade e estimativa de pessoas por ACS;
- c) Especificar as comunidades ribeirinhas adscritas a serem atendidas pela eSFR;
- d) Apresentar proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços de saúde, detalhando, principalmente, como será garantido atendimento de urgência (disponibilidade de ambulanchas para atendimento às comunidades ribeirinhas);
- e) Descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das eSFR;
- f) Listagem da equipe de saúde que prestará atendimento à população;
- g) Descrição da organização das ações da equipe, a fim de garantir a continuidade do atendimento da população, como o pré-natal e a puericultura dentro dos padrões mínimos recomendados;
- h) Descrição de como a gestão municipal apoiará a eSFR no acompanhamento dos principais indicadores da Atenção Básica e na qualificação do trabalho dessas equipes;
- i) Estrutura física e equipamentos que estarão disponíveis na Unidade Básica de Saúde;
- j) No caso de a equipe de Saúde da Família Ribeirinha atender mais de um município, indicar o município-sede que receberá os recursos federais.

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

**Passo 3:** a Secretaria Municipal de Saúde envia as informações para análise da Secretaria Estadual de Saúde.

**Passo 4:** a Secretaria Estadual de Saúde submete o pleito do município à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

**Passo 5:** a CIB envia para o Ministério da Saúde a relação das eSFR a serem credenciadas.

**Passo 6:** o Ministério da Saúde publica portaria que credencia o município no Diário Oficial da União.

**Passo 7:** o município inscreve os profissionais das eSFR no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Então o município começa a receber os recursos referentes ao número de equipes implantadas e informadas no CNES, mas, para manutenção dos recursos, é preciso alimentar mensalmente os sistemas de informações nacionais.

#### **Incentivos financeiros:**

- O valor do incentivo mensal de custeio às equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) corresponderá ao valor vigente para o incentivo de custeio das equipes de Saúde da Família, com ou sem profissionais de saúde bucal, classificadas como modalidade I, adicionado ao montante relativo ao custeio de transporte da equipe a comunidades ribeirinhas dispersas na área adscrita no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais);
- O valor do incentivo específico para as equipes que são compostas também pelos profissionais de saúde bucal sempre acrescido de 50%, por serem consideradas equipes de Saúde da Família modalidade I, levará em conta a modalidade específica de composição dos profissionais de saúde bucal nos termos dispostos na PNAB;
- O valor do incentivo financeiro referente aos agentes comunitários de saúde ou microscopistas que integrarem as eSFR corresponderá ao valor de R\$ 871,00 (oitocentos e setenta e um reais), a cada mês, por profissional;
- O valor do incentivo financeiro aos profissionais que poderão se agregar à composição mínima das eSFR é conforme o quadro a seguir:

**Quadro 1 – Composição mínima das equipes e incentivo referente**

<b>Profissionais</b>	<b>Critério para solicitação de ampliação da equipe</b>	<b>Número máximo de cada categoria</b>	<b>Valor do incentivo federal unitário</b>
Agente comunitário de saúde	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 100 pessoas	12	R\$ 871,00
Aux. ou técnico de enfermagem	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 500 pessoas	4	R\$ 1.000,00
Técnico em saúde bucal	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 500 pessoas	1	R\$ 1.000,00
Enfermeiro	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 1.000 pessoas	2	R\$ 2.500,00

Fonte: Portarias de nº 2.488 e 2.490, ambas do Gabinete do Ministro, de 21 de outubro de 2011.

Nos casos em que o município quiser requisitar ampliação da equipe, conforme a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, deve acrescentar essas informações ao projeto, enviando a justificativa de implantação de eSFR ampliada para avaliação do DAB/MS, além de resolução da CIB homologando a solicitação de ampliação.

### **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 204, 24 out. 2011, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.490/SAS, de 21 de outubro de 2011. Define os valores de financiamento das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 24 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 941, de 22 de dezembro de 2011. Estabelece normas para o cadastramento, no SCNES, de estabelecimentos e equipes que farão parte da população ribeirinha. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 14 jan. 2013.

### **Contatos:**

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica  
Correio eletrônico: [dab@saude.gov.br](mailto:dab@saude.gov.br)  
Telefone: (61) 3315-5905

## **Ação 7: ampliar o acesso da população ribeirinha à Atenção Básica à saúde por meio de implantação das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF)**

**Para quem:** populações ribeirinhas na Amazônia Legal e em Mato Grosso do Sul.

**Produto:** Unidades Básicas de Saúde Fluviais implantadas.

**Para que serve:** equipes de Atenção Básica que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF).

### **Como implantar as UBSF no município – passo a passo:**

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

- **Projeto de implantação da equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF), com itinerário da Unidade de Saúde da Família Fluvial (UBSF), apresentando:**
  - a) Território a ser coberto, com estimativa da população residente;
  - b) Número de agentes comunitários de saúde em quantitativo compatível com sua capacidade de atuação, apresentando a localidade de sua responsabilidade e estimativa de pessoas por ACS;
  - c) Programação de viagens/ano com itinerário das comunidades atendidas, considerando o retorno da equipe de Saúde da Família Fluvial, ao menos, a cada 60 dias, conforme previsto na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011;
  - d) Circuito de deslocamento da unidade, especificando comunidades ribeirinhas a serem atendidas e os rios os quais a UBSF percorrerá;
  - e) Proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços de saúde, detalhando, principalmente, como será garantido atendimento de urgência (disponibilidade de 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 equipes;
  - j) Estrutura física e equipamentos que estarão disponíveis na Unidade Básica de Saúde Fluvial;
  - k) No caso de a Unidade de Saúde da Família Fluvial atender mais de um município, indicar o município-sede que receberá os recursos federais.

- **Projeto da embarcação:**

- a) Para pleitear a construção de nova embarcação: o município deve apresentar os planos de construção da embarcação respeitando as Normas da Autoridade Marítima (NORMAM-02) e os ambientes mínimos contidos na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. O cadastramento de propostas de convênios para construção de Unidades Básicas de Saúde Fluviais deve ser feito no Sistema de Convênios do Governo Federal (SICONV) para ser analisado pelo Ministério da Saúde;
- b) Para regulamentação das embarcações já existentes: o município deve apresentar os documentos apresentados no art. 2º da Portaria nº 1.591, de 23 de julho de 2012:
  - I – Projeto de implantação da equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF) com itinerário da UBSF, com os planos da embarcação, contendo fotos dos ambientes nela contidos, obedecendo-se a estrutura física mínima exigida nos termos da Portaria nº 2.488/GM/MS, de 2011, e equipamentos que estarão disponíveis na UBSF; e indicação do município-sede que receberá os recursos federais, no caso de a USFF atender mais de um município. Este projeto deverá ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou, se houver, pela Comissão Intergestores Regional (CIR);
  - II – Título de Inscrição de Embarcação, expedido pela autoridade marítima competente (Capitania dos Portos); e
  - III – Certificado de Segurança da Navegação, em consonância com as Normas da Autoridade Marítima para Embarcações Empregadas na Navegação Interior (NORMAM-02) ou legislação que venha a substituí-la.

**Passo 2:** o município submete o projeto de implantação da equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF) para aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

**Passo 3:** a Secretaria Municipal de Saúde envia a proposta para análise da Secretaria Estadual de Saúde ou instância regional.

**Passo 4:** a Secretaria Estadual de Saúde (SES) submete o pleito do município à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

**Passo 5:** a CIB envia a resolução CIB e o restante da documentação solicitada para o Ministério da Saúde.

**Passo 6:**

- Nos casos em que será construída nova embarcação, o Ministério da Saúde aguardará a conclusão da obra e o início das atividades da eSFF para publicar o credenciamento do município no Diário Oficial da União, após envio de resolução CIB aprovando tal credenciamento;

- Nos casos de regulamentação das embarcações já existentes, o Ministério da Saúde publica o credenciamento do município no Diário Oficial da União, após envio de resolução CIB aprovando tal credenciamento.

**Passo 7:** o município inscreve a Unidade Básica de Saúde Fluvial e os profissionais da eSFF no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

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

#### **Incentivos financeiros:**

- O valor do incentivo mensal de custeio para as Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) será repassado na modalidade fundo a fundo, sendo:  
I – R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais) para equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) sem profissionais de saúde bucal;  
II – R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) para equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) com profissionais de saúde bucal;
- O valor do incentivo refere-se à quantidade de UBSF cadastrada por município;
- Em caso de necessidade de ampliação da equipe de Saúde da Família Fluvial, o valor do incentivo financeiro que poderá ser agregado é apresentado no quadro abaixo:

Quadro 2 – Composição mínima das equipes e incentivo referente

<b>Profissionais</b>	<b>Critério para solicitação de ampliação da equipe</b>	<b>Número máximo de cada categoria</b>	<b>Valor do incentivo federal unitário</b>
Agente comunitário de saúde	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 100 pessoas	12	R\$ 851,00
Aux. ou técnico de enfermagem	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 500 pessoas	4	R\$ 1.000,00
Técnico em saúde bucal	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 500 pessoas	1	R\$ 1.000,00
Enfermeiro	Trabalhador vinculado a, no mínimo, 1.000 pessoas	2	R\$ 2.500,00

Fonte: Junção das Portarias de nº 2.488 e 2.490, ambas do Gabinete do Ministro, de 21 de outubro de 2011.

Nos casos de interesse na ampliação da equipe, conforme a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, o município deve incluir no projeto a justificativa de implantação de ESFF ampliada para avaliação do DAB/MS, além de resolução da CIB homologando a solicitação de ampliação.



## **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 204, 24 out. 2011, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.490/SAS, de 21 de outubro de 2011. Define os valores de financiamento das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), mediante a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 24 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 941, de 22 de dezembro de 2011. Estabelece normas para o cadastramento, no SCNES, de estabelecimentos e equipes que farão parte da população ribeirinha. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 14 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.591, de 23 de julho de 2012. Estabelece os critérios para habilitação de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) para fins de recebimento do incentivo mensal de custeio a que se refere o art. 4º da Portaria nº 2.490/GM/MS, de 21 de outubro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 14 jan. 2013.

## **Contatos:**

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica  
Correio eletrônico: [dab@saude.gov.br](mailto:dab@saude.gov.br)  
Telefones: (61) 3315-5905/5902

## **Ação 8: ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)**

**Para quem:** toda a população brasileira.

**Produto:** Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) implantados.

**Para que serve:** apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como o número das ações da APS no Brasil. O Ministério da Saúde criou os NASF, regulamentados atualmente pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e complementados pela Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.

Existem três modalidades de NASF:

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

**Modalidade II:** vinculada a, no mínimo, 3 (três) e a, no máximo, 4 (quatro) eSF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais). As equipes do NASF 2 devem ser formadas por profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (1) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas semanais; (2) nenhum profissional deve ter carga horária semanal menor do que 20 (vinte) horas; (3) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 (vinte) horas e, no máximo, 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.

**Modalidade III:** vinculada a, no mínimo, 1 (uma) e a, no máximo, 2 (duas) eSF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho delas, configurando-se como uma equipe ampliada. As equipes do NASF 3 devem ser formadas por profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: (1) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 80 (oitenta) horas semanais; (2) nenhum profissional deve ter carga horária semanal menor do que 20 (vinte) horas; (3) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 (vinte) horas e, no máximo, 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.

Obs.:

- A implantação do NASF em mais de uma modalidade no município/Distrito Federal de forma concomitante não receberá o incentivo financeiro federal correspondente ao NASF;
- O número máximo de NASF 2 ao qual o município pode fazer jus para recebimento dos recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 2;
- O número máximo de NASF 3 ao qual o município pode fazer jus para recebimento dos recursos financeiros específicos será de 1 (um) NASF 3.

O NASF deve ser constituído por uma equipe na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuem em conjunto com os das eSF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as eSF, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações. Para efeito de repasse de recurso federal, poderão compor os NASF: profissional/professor de educação física, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, médico psiquiatra, médico ginecologista, médico pediatra, médico acupunturista, médico homeopata, médico ginecologista/obstetra, médico geriatra, médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria.

### **Como implantar o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – passo a passo:**

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

- a) Área geográfica a ser coberta, com estimativa da população residente;
- b) Dados levantados em diagnóstico elaborado pelo município que justifique a implantação do NASF;
- c) Definição dos profissionais que irão compor as equipes do NASF e as principais atividades a serem desenvolvidas;
- d) Descrição de quais eSF serão vinculadas, bem como o código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da Unidade Básica de Saúde em que o NASF será credenciado;
- e) Descrição do planejamento compartilhado entre as eSF e as equipes do NASF;
- f) Proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência e aos demais serviços da rede assistencial;
- g) Descrição da forma de recrutamento, seleção, contratação e carga horária dos profissionais do NASF.

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

**Passo 3:** a Secretaria Municipal de Saúde envia as informações para análise da Secretaria Estadual de Saúde.

**Passo 4:** a Secretaria Estadual de Saúde submete o pleito do(s) município(s) à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

**Passo 5:** a Secretaria Estadual de Saúde envia ofício para o Ministério da Saúde, comunicando o número de NASF aprovados.

**Passo 6:** o Ministério da Saúde publica o credenciamento da(s) equipe(s) do NASF no Diário Oficial da União.

Concluído todo esse processo, o município começa a receber, na competência subsequente à implantação, os recursos de implantação e custeio referentes ao número de NASF implantados. Todavia, para manutenção dos recursos em referência, é necessário que o município promova a alimentação mensal dos sistemas de informações nacionais.

### **Incentivos financeiros:**

Os incentivos serão repassados do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, de acordo com a modalidade de NASF.

**Modalidade I:** incentivo de implantação por equipe do NASF – R\$ 20.000,00 (em parcela única). Incentivo de custeio mensal por equipe do NASF – R\$ 20.000,00.

**Modalidade II:** incentivo de implantação por equipe do NASF – R\$ 6.000,00. Incentivo de custeio mensal por equipe do NASF – R\$ 6.000,00.

Obs.: os incentivos financeiros ainda não foram adequados às novas regras estabelecidas na Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012.

### **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Atenção Básica para populações específicas, cria a modalidade NASF 2, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 251, 31 dez. 2012, p. 223.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124/GM, de 28 de dezembro de 2012. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 204, 24 out. 2011, p. 48.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 750/GM, de 10 de outubro de 2006. Institui a ficha complementar de cadastro das equipes de Saúde da Família; Saúde da Família com Saúde Bucal – modalidade I e II; e agentes comunitários de saúde, no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), a partir da competência de outubro de 2006, conforme formulário modelo e orientação de preenchimento, anexo I, II e III desta portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 197, 13 out. 2006, p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 847/GM, de 30 de abril de 2009. Estabelece prazo para que os municípios com Núcleos de Apoio à Saúde da Família credenciados informem sua implantação no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 31 abr. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 409/SAS/MS, de 23 de julho de 2008. Institui a FCES - Ficha Complementar de Cadastro das Equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde - SCNES, conforme orientação de preenchimento constante no Anexo I desta Portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 141, 24 jul. 2008, p. 58.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/SAS/MS, de 28 de março de 2008. Inclui no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) o tipo de estabelecimento 71 – Centro de Apoio à Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 61, 31 mar. 2008, p. 71.

**Disponível em:**

[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)

**Contatos:**

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica  
Correio eletrônico: [dab@saude.gov.br](mailto:dab@saude.gov.br)  
Telefones: (61) 3315-5905/5902

## **Ação 9: financiar a construção de Academias da Saúde para as equipes de Atenção Básica**

**Para quem:** prefeituras de todos os municípios brasileiros.

**Produto:** novas Academias da Saúde construídas para as equipes de Atenção Básica.

**Para que serve:** constitui-se em um equipamento da Atenção Básica e como espaço de promoção da saúde. O apoio do Ministério da Saúde caracteriza-se pela transferência de incentivos financeiros para a construção de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis.

### **Como implantar Academia da Saúde – passo a passo:**

**Passo 1:** o proponente, geralmente o secretário de saúde do município, deve cadastrar proposta no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde ([www.fns.saude.gov.br/](http://www.fns.saude.gov.br/)), pelo *link* Propostas Fundo a Fundo, que acessa o Sistema de Cadastro de Propostas.

**Passo 2:** para acessar o sistema, é necessária uma senha, que é a mesma dos demais programas. Caso ainda não tenha a senha, cadastre-se ou atualize seu cadastro junto à Divisão de Convênio do Fundo Nacional de Saúde do seu Estado (DICON).

**Passo 3:** para cadastramento das propostas, há três modalidades de polos de Academia da Saúde a serem financiados:

**Modalidade básica:** espaço com dimensão mínima de 300 m<sup>2</sup>, dividido em espaço multiuso, com um mínimo de 250 m<sup>2</sup> (área livre acrescida de furos protegidos para encaixe e armação de tipos de redes utilizadas em jogos esportivos, acrescida com os equipamentos descritos na Portaria GM/MS nº 1.401/2011), e área de vivência, com dimensão mínima de 50 m<sup>2</sup> (espaço externo coberto destinado a atividades coletivas relacionadas às práticas corporais/atividade física, artes – teatro, música e artesanato – e reuniões de grupos).

Deverá ser construído próximo e na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, constituindo-se em edificação distinta que não se caracterize como reforma e ampliação da UBS e com distância que atenda ao código de obras local ou, quando inexistente, ao código de obras estadual.

O valor a ser transferido a título de incentivo pelo Ministério da Saúde para construção de polo da modalidade básica é de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais).

**Modalidade intermediária:** espaço com dimensão mínima de 312 m<sup>2</sup>, dividido em espaço multiuso, com área mínima de 250 m<sup>2</sup> (área livre acrescida de furos protegidos para encaixe e armação de tipos de redes utilizadas em jogos esportivos, acrescida com os equipamentos descritos na Portaria GM/MS nº 1.401/2011), área de vivência, com dimensão mínima de 50 m<sup>2</sup> (espaço externo coberto destinado a atividades coletivas relacionadas às práticas corporais/atividade física, artes – teatro, música e artesanato – e reuniões de grupos), e depósito de materiais, com no mínimo 12 m<sup>2</sup>.

Deverá ser construído próximo e na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência, constituindo-se edificação distinta que não se caracterize como reforma e ampliação da UBS e com distância que atenda ao código de obras local ou, quando inexistente, ao código de obras estadual.

O valor a ser transferido a título de incentivo pelo Ministério da Saúde para construção de polo da modalidade intermediária é de R\$ 100.000,00 (cem mil reais).

**Modalidade ampliada:** espaço com dimensão mínima de 550 m<sup>2</sup>. Essa modalidade conta com área fechada, chamada estrutura de apoio, com no mínimo 97,5 m<sup>2</sup>, constituída por cinco ambientes internos (sala de vivências, sala de acolhimento, depósito, sanitários e área de circulação), além do espaço multiuso, com dimensão mínima de 200 m<sup>2</sup> (área livre acrescida de furos protegidos para encaixe e armação de tipos de redes utilizadas em jogos esportivos), e área de equipamentos, com 200 m<sup>2</sup>, com os equipamentos descritos na Portaria GM/MS nº 1.401/2011, e a ambientação do polo, com área mínima de 50 m<sup>2</sup> (canteiros e jardins).

O valor a ser transferido a título de incentivo pelo Ministério da Saúde para construção de polo da modalidade ampliada é de R\$ 180.000,00 (cento e oitenta mil reais).

O município pode propor qualquer uma das modalidades, de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.401/2011.

**Passo 4:** o proponente deve acompanhar o andamento da(s) proposta(s) pelo Sistema de Cadastro de Propostas Fundo a Fundo e anexar as documentações exigidas (declaração de cessão do espaço de acordo com modelo disponível no site do programa e do FNS).

**Passo 5:** caso a proposta apresente diligência, realizar as devidas adequações e respeitar os prazos fixados.

**Passo 6:** em caso de parecer favorável, aguardar publicação de portaria específica habilitando o município e posterior liberação da primeira parcela correspondente a 20% do valor total aprovado.

**Passo 7:** o município deverá elaborar projeto básico de acordo com a Portaria GM/MS nº 1.401/2011, seguindo seu anexo, observando metragem mínima e equipamentos, de acordo com o tipo de modalidade solicitada e aprovada.

Obs.: caso haja necessidade de realizar mudança do endereço da construção, o município deverá solicitar a alteração antes do início de obra, de acordo com a Portaria GM/MS nº 359/2012, por meio do sistema *on-line*.

**Passo 8:** para recebimento da segunda parcela, equivalente a 60% do valor total aprovado, o município deverá enviar, via sistema, os documentos obrigatórios (alvará da obra e ordem de início de serviço assinada pelo gestor e pelo responsável pela obra com respectivo CREA/CAU).

**Passo 9:** para recebimento da terceira parcela, equivalente a 20% do valor total aprovado, o município deverá enviar, via sistema, os documentos obrigatórios (certificados de conclusão da obra assinados por profissional habilitado pelo CREA/CAU da circunscrição em que foi exercida a respectiva atividade, devidamente ratificado pelo gestor local e informado à Comissão Intergestores Bipartite – CIB – por ofício).

O município tem 24 meses para finalizar a obra.

## **Incentivos de custeio para os polos da Academia da Saúde**

### **O que é:**

Transferência mensal e regular, fundo a fundo, mediante a vinculação do polo do Programa Academia da Saúde a um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e após homologação desse ato pelo Ministério da Saúde; ou transferência regular e continuada, fundo a fundo, em parcela única anual, referente às ações financiadas pelo Piso Variável de Vigilância e Promoção em Saúde (PVVPS), mediante a vinculação do polo do Programa Academia da Saúde a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e após homologação desse ato pelo Ministério da Saúde. Cada município e o Distrito Federal deverão optar por uma das formas previstas.

### **Qual o valor do custeio:**

R\$ 3.000,00 mensais por polo de Academia da Saúde, mediante inclusão prévia no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), vinculando à equipe do NASF pelo menos um profissional de saúde de nível superior, com carga horária de 40 horas semanais, ou dois profissionais de saúde de nível superior, com carga horária mínima de 20 horas semanais cada, que serão responsáveis pelas atividades do Programa Academia da Saúde.

R\$ 36.000,00 em transferência regular e continuada, fundo a fundo, em parcela única anual, referente às ações financiadas pelo Piso Variável de Vigilância e Promoção em Saúde (PVVPS), mediante a vinculação do polo do Programa



Academia da Saúde a uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e após homologação desse ato pelo Ministério da Saúde.

### **Quem são os profissionais?**

São aqueles previstos no quadro mínimo exigido para compor o NASF.

### **Publicação:**

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

### **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 68, 8 abr. 2011, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.401, de 15 de junho de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o incentivo para construção de polos da Academia da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 121, 27 jun. 2011, p. 107.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.402, de 15 de junho de 2011. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Promoção da Saúde, os incentivos para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 121, 27 jun. 2011, p. 108.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 359, de 5 de março de 2012. Altera a redação do art. 7º da Portaria nº 1.401/GM/MS, de 15 de junho de 2011, que institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o incentivo para a construção de polos da Academia da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 45, 6 mar. 2012, p. 90.

### **Disponível em:**

[www.saude.gov.br/academiadasaude](http://www.saude.gov.br/academiadasaude) e [www.fns.saude.gov.br](http://www.fns.saude.gov.br)

### **Contatos:**

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição

Correio eletrônico: [cgan@saude.gov.br](mailto:cgan@saude.gov.br)

Programa Academia da Saúde:

Correio eletrônico: [academiadasaude@saude.gov.br](mailto:academiadasaude@saude.gov.br)

Telefone: (61) 3315-9003

Site: [www.saude.gov.br/academiadasaude](http://www.saude.gov.br/academiadasaude)

## **Ação 10: ampliar e qualificar a atenção domiciliar – Melhor em Casa**

**Para quem:** pacientes egressos dos serviços de urgência e emergência, serviços hospitalares, oriundos da Atenção Básica e/ou demanda espontânea.

**Produto:** equipe multidisciplinar de Atenção Domiciliar (EMAD) e equipe multidisciplinar de Apoio (EMAP).

**Para que serve:** ofertar atendimento qualificado com vistas à humanização da atenção, à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, à desinstitucionalização e à ampliação da autonomia dos usuários. O programa está articulado com as Redes de Atenção à Saúde (“Saúde Mais Perto de Você” e “Saúde Toda Hora”), estratégia do governo federal, em parceria com Estados e municípios, para ampliar e/ou qualificar a assistência na Atenção Básica, nos serviços de urgência e emergência no SUS e nos serviços hospitalares.

### **Como credenciar as equipes de Atenção Domiciliar – passo a passo:**

**Passo 1:** o gestor elabora projeto de implantação da AD isolado e/ou detalhamento do componente AD do plano de ação da RUE (caso participe), de acordo com as Portarias de nº 2.527/2011 e 1.533/2012, e com base no Manual Instrutivo, disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_melhor\\_em\\_casa.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_melhor_em_casa.php).

**Passo 2:** o gestor encaminha o projeto de implantação da AD isolado e/ou o detalhamento do componente AD na RUE para a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar/DAB/SAS/MS.

**Passo 3:** a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar/DAB/SAS/MS realiza análise dos documentos enviados pelo gestor e publica portaria específica habilitando os estabelecimentos de saúde, com seus respectivos serviços e equipes de Atenção Domiciliar.

**Passo 4:** o gestor local deverá cadastrar no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme Portaria Ministerial nº 672, de 18 de outubro de 2011, as equipes de EMAD e EMAP no(s) estabelecimento(s) de saúde de acordo com o indicado no projeto de habilitação.

- Para que o repasse do custeio para as EMAD e EMAP seja iniciado, é necessária a publicação de portaria de habilitação, citada na etapa 3, a inserção das equipes no CNES e a presença de resolução CIR (quando existir) e resolução CIB;
- O detalhamento do componente Atenção Domiciliar do plano de ação da Rede de Atenção às Urgências deve ser aprovado por resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (no caso do Distrito Federal) e pela Comissão Intergestores Regional (CIR), quando esta existir, devendo ser encaminhada para a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar a qualquer momento entre as etapas 2 e 3.

O projeto e a homologação CIB devem ser enviados para a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar/DAB/SAS/MS por meio do email: [melhoremcasa@gmail.com](mailto:melhoremcasa@gmail.com) e cópia impressa para o endereço: SAF/SUL, Trecho 2, Lotes 5/6, Torre II, Auditório, Sala 5 – Edifício Premium, Brasília/DF – CEP: 70.070-600.

#### **Incentivos financeiros:**

Recurso de custeio:

R\$ 34.560,00 por mês para cada EMAD implantada; e

R\$ 6.000,00 por mês para cada EMAP implantada.

#### **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.527, de 27 de outubro de 2011. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 28 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.533, de 16 de julho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 17 jul. 2012.

#### **Contatos:**

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

## **Ação 11: ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde por meio das equipes de Consultório na Rua**

**Para quem:** pessoas em situação de rua.

**Produto:** equipes de Consultório na Rua implantadas.

**Para que serve:** ampliar o acesso da população em situação de rua à rede de atenção e ofertar, de maneira mais oportuna, atenção integral à saúde, por meio das equipes de Consultórios na Rua, serviços da Atenção Básica, que devem seguir os atributos desse ponto de atenção: ser porta de entrada, propiciar atenção integral e longitudinal e coordenar o cuidado da referida população *in loco*.

As equipes de Consultórios na Rua devem realizar as atividades de forma itinerante e, quando necessário, utilizar as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território, desenvolvendo ações em parceria com as equipes dessas unidades, e devem cumprir carga horária mínima semanal de 30 horas, porém seu horário de funcionamento precisa se adequar às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno, em todos os dias da semana.

### **Incentivos financeiros:**

As equipes de Consultório na Rua poderão ser compostas pelos seguintes profissionais de saúde:

- I – Enfermeiro;
- II – Psicólogo;
- III – Assistente social;
- IV – Terapeuta ocupacional;
- V – Médico;
- VI – Agente social;
- VII – Técnico ou auxiliar de enfermagem; e
- VIII – Técnico em saúde bucal.

As equipes dos Consultórios na Rua podem ter três modalidades:

**Modalidade I:** equipe formada minimamente por 4 (quatro) profissionais, sendo 2 (dois) de nível superior e 2 (dois) de nível médio.

**Modalidade II:** equipe formada minimamente por 6 (seis) profissionais, sendo 3 (três) de nível superior e 3 (três) de nível médio.

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

Os municípios que receberam incentivos para implantação do então Consultório na Rua deverão, desde já, realizar o cadastro no SCNES numa das modalidades de equipe de Consultório na Rua, vinculando-a a uma UBS, com a finalidade de terem identificação formal e de facilitar a posterior habilitação e custeio pelo Departamento de Atenção Básica.

Após 12 meses de funcionamento e utilização integral dos valores repassados por meio da seleção prevista no edital dos Consultórios na Rua, e da adequação a um dos três formatos de equipes de Consultório na Rua, os atuais Consultórios na Rua poderão ser habilitados e custeados de acordo com as Portarias de nº 122 e 123, de 25 de janeiro de 2012, conforme fluxo de adequação – **passo a passo:**

**1)** A Secretaria Municipal de Saúde deverá enviar relatório final da execução do recurso repassado para o Consultório de Rua à Coordenação de Saúde Mental do MS.

**2)** A Secretaria Municipal de Saúde deverá enviar ao GTEP/DAB/SAS/MS ofício solicitando habilitação do Consultório de Rua para uma das modalidades de equipe de Consultório na Rua.

**3)** A Secretaria Municipal de Saúde deverá realizar cadastro da(s) equipe(s) no SCNES, adequando as equipes dos Consultórios de Rua para uma das modalidades de equipe de Consultório na Rua, vinculando-a a uma UBS, caso ainda não tenha sido realizado.

**4)** Após avaliação, o DAB publicará portaria de credenciamento de equipes de Consultório na Rua, passando a repassar mensalmente o incentivo de custeio na competência do mês subsequente, desde que os profissionais tenham sido cadastrados no SCNES.

A adequação das equipes dos Consultórios de Rua para uma das modalidades de equipe de Consultório na Rua deverá ser pactuada e construída em conjunto com as Coordenações da Atenção Básica e de Saúde Mental do município.

Fica instituído o incentivo financeiro de custeio mensal para as equipes de Consultório na Rua, nos seguintes termos:

I – Para a eCR da modalidade I, será repassado o valor de R\$ 9.500,00 (nove mil e quinhentos reais) por mês;

II – Para eCR da modalidade II, será repassado o valor de R\$ 13.000,00 (treze mil reais) por mês; e

III – Para a eCR da modalidade III, será repassado o valor de R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais) por mês.

O cadastramento das novas equipes dos Consultórios na Rua deverá seguir os trâmites previstos para cadastramento de equipes de Saúde da Família, conforme Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, qual seja:

- 1 – Realizar projeto(s) de implantação das equipes dos Consultórios na Rua;
- 2 – Aprovar o projeto elaborado nos Conselhos de Saúde dos municípios e encaminhá-lo à Secretaria Estadual de Saúde ou à sua instância regional para análise;
- 3 – Encaminhar as propostas de implantação das equipes dos Consultórios na Rua elaboradas pelos municípios e aprovadas pelos Conselhos Municipais à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), no prazo máximo de 30 dias;
- 4 – Enviar resolução aprovada na CIB ao Ministério da Saúde (responsabilidade: Secretaria de Saúde do Estado);
- 5 – Após análise e publicação de portaria pelo MS, a Secretaria Municipal de Saúde deverá realizar o cadastro no SCNES das equipes dos Consultórios na Rua e sua vinculação a uma UBS.

#### **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 22, 31 jan. 2007, p. 45.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 24 dez. 2009, p. 16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.305, de 24 de dezembro de 2009. Institui o Comitê Técnico de Saúde para a População em Situação de Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 28 dez. 2009, p. 28.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 122, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 26 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 123, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua por município. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 26 jan. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 135, 16 jul. 1990, p. 13.563.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 69, 9 mar. 2001, p. 2.

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu comitê gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 96, 21 maio 2010, p. 43.

**Disponível em:**

[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)

**Contatos:**

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica

Correio eletrônico: [dab@saude.gov.br](mailto:dab@saude.gov.br)

Telefones: (61) 3315-5905/5902

## **Ação 12: incluir microscopista na Atenção Básica junto às equipes de agentes comunitários de saúde e/ou às equipes de Saúde da Família (eSF)**

**Para quem:** municípios da Amazônia Legal que tenham implantado ACS e/ou eSF em dezembro de 2007 e com Índice Parasitário Anual (IPA), no ano de 2008, igual ou acima de 50 casos por mil habitantes e que concentram 80% dos casos de malária.

**Produto:** microscopistas implantados junto às equipes de ACS e/ou equipes de Saúde da Família.

**Para que serve:** a Atenção Básica tem, entre suas prioridades, que desenvolver atividades de vigilância em saúde para a população adstrita, tendo maior potencial de detecção e atuação precoce, com o objetivo de ser resolutiva para o manejo dos problemas mais frequentes em seu território. Considerando que a malária é uma das doenças de maior importância epidemiológica na Região Amazônica e que outras enfermidades também podem ser diagnosticadas e tratadas precocemente, o Departamento de Atenção Básica tem disponibilizado recursos financeiros, com o objetivo de incluir o microscopista na Atenção Básica e aumentar o acesso da população, em tempo oportuno, a exames para diagnóstico da malária e outras doenças hemoparasitárias, tais como doença de Chagas e filariose.

### **Como implantar o microscopista junto às equipes de ACS e/ou eSF – passo a passo:**

**Passo 1:** a Secretaria Municipal de Saúde deve elaborar projeto de implantação, contendo:

- a) Definição do território de atuação;
- b) Descrição da forma de recrutamento, seleção, contratação e carga horária dos microscopistas;
- c) Descrição de quais eSF serão vinculadas, bem como o código do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) da Unidade Básica de Saúde em que os microscopistas serão vinculados.

**Passo 2:** o projeto deverá ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde (SES) para análise.

**Passo 3:** após análise pela SES, os projetos que tiverem parecer favorável devem ser encaminhados à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) para homologação.

**Passo 4:** a SES deverá informar ao Ministério da Saúde o número de microscopistas a serem credenciados, conforme deliberação da respectiva CIB.



### **Incentivos financeiros:**

Os incentivos serão repassados do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, de acordo com o cadastro realizado no SCNES. O valor do incentivo financeiro referente à inclusão de um microscopista na Atenção básica será o mesmo do repassado mensalmente para um ACS, em conformidade aos critérios definidos pela Portaria nº 3.238, de 18 de dezembro de 2009.

### **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.238/GM, de 18 de dezembro de 2009. Define critérios para o incentivo financeiro referente à inclusão do microscopista na Atenção Básica para realizar, prioritariamente, ações de controle da malária junto às equipes de agentes comunitários de saúde e/ou às equipes de Saúde da Família (eSF). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 245, 23 dez. 2009, p. 61.

### **Disponível em:**

[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)

### **Contatos:**

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica  
Correio eletrônico: [dab@saude.gov.br](mailto:dab@saude.gov.br)  
Telefones: (61) 3315-5905/5902

### **Ação 13: implantação e utilização do Telessaúde Redes para ampliar a resolutividade clínica das equipes de Atenção Básica e promover sua integração com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde (RAS)**

**Para quem:** profissionais das equipes de Atenção Básica/Saúde da Família.

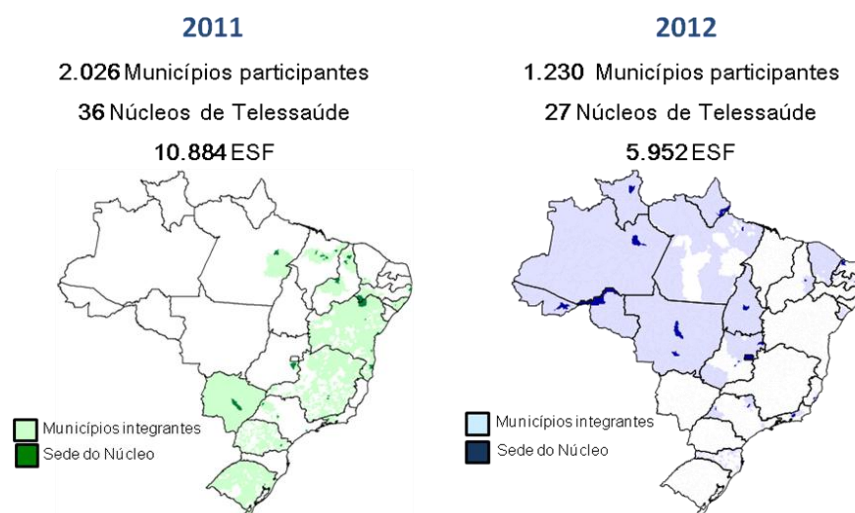
**Produto:** Núcleos de Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica implantados e Unidades Básicas de Saúde informatizadas e solicitando teleconsultorias regularmente.

**Para que serve:**

- Aumentar a resolutividade clínica das equipes de Atenção Básica, ampliando a capacidade clínica e de cuidado;
- Melhorar a qualidade dos encaminhamentos para a atenção especializada, reduzindo o número de encaminhamentos desnecessários;
- Informatizar as Unidades Básicas de Saúde.

**Processo de adesão:** o processo de adesão ao Componente Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica e Informatização das Unidades Básicas de Saúde aconteceu em novembro de 2011. Na ocasião, 3.256 municípios aderiram à proposta, distribuídos em 63 projetos aprovados, totalizando 16.836 eSF beneficiadas. Verifique abaixo a localização dos municípios que aderiram ao Telessaúde:

Figura 1 – Mapas com localização dos municípios que aderiram ao Componente Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica e Informatização das Unidades Básicas de Saúde



Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

## **Como o município faz adesão ao Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica – passo a passo:**

**Passo 1:** os municípios interessados constroem projetos, estabelecendo parcerias com outros municípios e/ou Estado.

**Passo 2:** definição da unidade de gestão do projeto, composta por gestores dos municípios e Estado integrantes do projeto.

**Passo 3:** cada município deve indicar à unidade gestora do projeto a quantidade de equipes de Atenção Básica/Saúde da Família participantes, tanto para ações de informatização quanto para as de Telessaúde.

**Passo 4:** a unidade gestora do projeto cadastra a proposta no formulário *on-line* no site eletrônico do Departamento de Atenção Básica ([www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)).

**Passo 5:** o Departamento de Atenção Básica/MS analisa e aprova os projetos.

**Passo 6:** após publicação das portarias de habilitação para recebimento da 1ª parcela dos recursos, Estados e municípios devem iniciar a implantação dos pontos de Telessaúde nas Unidades Básicas de Saúde e os municípios-sede devem, também, estruturar os Núcleos Técnico-científicos de Telessaúde.

**Passo 7:** todos os projetos serão acompanhados com relação à oferta e solicitação de teleconsultorias. Compete à Unidade de Gestão Intermunicipal do projeto definir quais as ações necessárias para atingir esse objetivo.

**Passo 8:** após conclusão da primeira etapa de implantação do projeto, conforme descrito na Portaria nº 1.327, de 28 de dezembro de 2012, Estados e municípios devem solicitar o repasse da segunda e última parcela do recurso.

**Passo 9:** os projetos devem ser apresentados à CIB ou Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal.

**Passo 10:** após conclusão da etapa de implantação do projeto, os projetos poderão ter continuidade de custeio das atividades.

### **Incentivos financeiros:**

O financiamento de projetos de informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica comporta valores máximos dependentes do número de eSF que serão contempladas em cada projeto, conforme definição abaixo:

- I – Máximo de R\$ 750.000,00/ano (setecentos e cinquenta mil reais por ano) para projetos que contemplem no mínimo 80 (oitenta) eSF, garantindo, no mínimo, a média de 160 (cento e sessenta) teleconsultorias/mês;
- II – Máximo de R\$ 1.000.000,00/ano (um milhão de reais por ano) para projetos que contemplem no mínimo 200 (duzentas) eSF, garantindo, no mínimo, a média de 400 (quatrocentas) teleconsultorias/mês;
- III – Máximo de R\$ 2.000.000,00/ano (dois milhões de reais por ano) para projetos que contemplem no mínimo 400 (quatrocentas) equipes, garantindo, no mínimo, a média de 800 (oitocentas) teleconsultorias/mês;
- IV – Máximo de R\$ 2.600.000,00/ano (dois milhões e seiscentos mil reais por ano) para projetos que contemplem no mínimo 600 (seiscentas) equipes, garantindo, no mínimo, a média de 1.200 (mil e duzentas) teleconsultorias/mês; e
- V – Máximo de R\$ 3.550.000,00/ano (três milhões quinhentos e cinquenta mil reais por ano) para projetos que contemplem no mínimo 900 (novecentas) equipes, garantindo, no mínimo, a média de 1.800 (mil e oitocentas) teleconsultorias/mês.

### **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 29 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.554, de 28 de outubro de 2011. Institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 29 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.647, de 7 de novembro de 2011. Dispõe sobre os valores máximos a serem repassados aos Estados, para o ano de 2011, no âmbito do Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica do Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde (UBS), integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 8 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.815, de 29 de novembro de 2011. Habilita municípios a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 30 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 3.084, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece recursos financeiros destinados ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.229, de 14 de junho de 2012. Estabelece recursos financeiros destinados ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 15 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.362, de 2 de julho de 2012. Habilita municípios a receberem recursos referentes ao Programa de Qualificação de Unidades Básicas de Saúde – Componente Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 3 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.327, de 28 de dezembro de 2012. Altera dispositivos da Portaria nº 2.554/GM, de 28 de outubro de 2011, que institui, no Programa de Qualificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 31 dez. 2012.

#### **Contatos:**

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica  
Correio eletrônico: [telessauderedes@saude.gov.br](mailto:telessauderedes@saude.gov.br)  
Telefones: (61) 3315-5905/5902

## **Ação 14: implantar o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS)**

### **14.1: financiar a construção de Unidades Básicas de Saúde para as equipes de Saúde da Família**

**Para quem:** todos os municípios brasileiros.

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

**Para que serve:** as UBS, em sua maioria contempladas pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC 2), são equipamentos que deverão propiciar o melhor desempenho das ações das equipes de Saúde da Família, melhorando, consequentemente, o acesso às ações de saúde para a população. As propostas de implantação de UBS deverão seguir os requisitos estabelecidos no Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para equipes de Saúde da Família.

#### **Como cadastrar e acompanhar o andamento das propostas de UBS para as eSF – passo a passo:**

**Passo 1:** o proponente, geralmente o secretário de saúde do município, deve cadastrar proposta no endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde ([www.fns.saude.gov.br/](http://www.fns.saude.gov.br/)), pelo *link* Propostas Fundo a Fundo, que acessa o Sistema de Cadastro de Propostas Fundo a Fundo.

**Passo 2:** para acessar o sistema, é necessária uma senha de acesso, que é a mesma dos demais programas. Caso ainda não tenha a senha de acesso, cadastre-se ou atualize seu cadastro junto à Divisão de Convênio do Fundo Nacional de Saúde do seu Estado (DICON).

**Passo 3:** para cadastramento das propostas, há dois componentes e dois portes de UBS a serem financiadas:

#### **Componente I:**

a) Município com a cobertura de Saúde da Família igual ou superior a 70% (setenta por cento): poderá utilizar a UBS para instalação de eSF já existente ou para nova eSF a ser implantada;

b) Município com a cobertura de Saúde da Família menor que 70% (setenta por cento): somente poderá utilizar a UBS para instalação de nova eSF a ser implantada.

## **Componente II:**

- a) Município com a cobertura de Saúde da Família igual ou superior a 50% (cinquenta por cento): poderá utilizar a UBS para instalação de eSF já existentes ou para novas eSF a serem implantadas;
- b) Município com a cobertura de Saúde da Família menor que 50% (cinquenta por cento): somente poderá utilizar a UBS para instalação de novas eSF a serem implantadas.

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

**Passo 4:** o proponente deve acompanhar o andamento da(s) proposta(s) pelo Sistema de Cadastro de Propostas Fundo a Fundo e anexar as documentações exigidas (declaração de ocupação e posse pacífica e regular do imóvel, termo de compromisso de expansão das equipes de Saúde da Família, se necessário, e o termo de compromisso de equipar minimamente a UBS).

**Passo 5:** caso proposta em diligência, realizar as devidas adequações e respeitar os prazos fixados.

**Passo 6:** caso proposta aprovada, aguardar publicação de portaria específica habilitando o município e posterior liberação da primeira parcela correspondente a 10% do valor total aprovado.

**Passo 7:** o município deverá iniciar projeto básico de acordo com a Portaria nº 2.226/GM, seguindo os anexos dela e observando metragem mínima e número de ambientes, de acordo com o tipo de unidade solicitada e aprovada.

Obs.: caso haja necessidade de o município realizar mudança do endereço da construção, este deverá solicitar a alteração antes do início de obra, de acordo com a Portaria nº 3.854, de 8 de dezembro de 2010, via sistema.

**Passo 8:** para recebimento da segunda parcela, equivalente a 65% do valor total aprovado, o município deverá enviar via sistema (<http://fns.saude.gov.br/>) os seguintes documentos obrigatórios:

- a) Ordem de início de serviço assinada pelo gestor local devidamente identificado e pelo responsável técnico da obra com respectivo CREA/CAU;
- b) Ratificação da ordem de início de serviço pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB Estadual.

**Passo 9:** para recebimento da terceira parcela, equivalente a 25% do valor total aprovado, o município deverá enviar via sistema (<http://fns.saude.gov.br/>) os seguintes documentos obrigatórios:

- a) Atestado de conclusão de edificação da unidade assinado pelo gestor local devidamente identificado e pelo responsável técnico da obra com respectivo CREA/CAU;

b) Ratificação do atestado de conclusão de edificação da unidade pela Comissão Intergestores Bipartite – CIB Estadual.

### **Monitoramento das obras de construção de UBS:**

As obras de construção de UBS deverão ser monitoradas por meio do Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB). Para acessar o sistema pela primeira vez, deverá ter em mãos o CNPJ e a senha do Fundo Nacional de Saúde. Caso não possua essa senha, deverá procurar a DICON do seu Estado. Após acessar o SISMOB com o CNPJ e a senha do fundo, deverá cadastrar/atualizar os dados do prefeito, do técnico (fica a critério do município escolher qual será o técnico que poderá ter acesso ao SISMOB) e do engenheiro responsável pela obra. Após cadastramento deles, todos receberão por e-mail uma senha para alimentar o SISMOB.

O município deverá acessar o sistema a cada 30 dias para informar a sua situação, mesmo que ainda não tenha iniciado as obras.

Informações/documentos a serem inseridos no SISMOB:

- Fotos de antes do início da obra e de cada etapa discriminada no sistema. Caso não tenha fotos anteriores à etapa em que se encontra, deve inserir fotos da etapa atual;
- Informações a respeito do estabelecimento, do imóvel, do projeto, da contratação e da execução da obra.

Obs.: as UBS financiadas pela Portaria nº 2.226/GM deverão obrigatoriamente abrigar as equipes de Saúde da Família e serem identificadas de acordo com os padrões visuais da Estratégia Saúde da Família estabelecidos pelo Ministério da Saúde e que se encontram disponíveis para consulta no sítio eletrônico do departamento.

### **Publicações:**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de uso da marca saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

### **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.226/GM, de 18 de setembro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Plano Nacional de Implantação de Unidades Básicas de Saúde para equipes de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 182, 23 set. 2009, p. 654.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.854/GM, de 8 de dezembro de 2010. Altera a redação do art. 7º da Portaria nº 2.226/GM/MS, de 18 de setembro de 2009. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 235, 9 dez. 2010, p. 73.



BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 837/GM, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o bloco de investimentos na rede de serviços de saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 77, 24 abr. 2009, p. 30.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 22, 31 jan. 2007, p. 45.

**Disponível em:**

[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab) e [www.fns.saude.gov.br](http://www.fns.saude.gov.br)

**Contatos:**

Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos – GTEP  
Correio eletrônico: [dab@saude.gov.br](mailto:dab@saude.gov.br)  
Telefones: (61) 3315- 9037 / 9054 / 9035

## **14.2: ampliar ou reformar as Unidades Básicas de Saúde**

**Para quem:** todos os municípios brasileiros.

**Produto/objeto:** ampliação ou reforma das Unidades Básicas de Saúde.

**Para que serve:** o objetivo do programa é criar incentivo financeiro para as UBS implantadas em todo o território nacional, como forma de prover infraestrutura adequada às equipes de Atenção Básica para o desempenho de suas ações.

**Como cadastrar e acompanhar o andamento das propostas de reforma e ampliação de UBS:**

**Passo 1:** para pleitear a habilitação no Programa de Requalificação de UBS – COMPONENTE REFORMA OU AMPLIAÇÃO, o ente federativo deverá, inicialmente, acessar o sítio eletrônico do Ministério da Saúde (<http://dab.saude.gov.br/sistemas/qualificaUbs/>) e obter o formato da pré-proposta, a qual, após a finalização, deverá ser encaminhada à respectiva CIB para validação.

**Passo 2:** após a validação das pré-propostas pelas CIB ou pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, o Ministério da Saúde poderá aprovar, total ou parcialmente, a listagem das propostas recebidas e seus respectivos valores, utilizando, em sua avaliação, o percentual de população em situação de extrema pobreza e o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* da respectiva Unidade de Federação e municípios.

**Passo 3:** após análise e aprovação da lista de propostas, o Ministério da Saúde publicará ato normativo específico habilitando o município ou o Distrito Federal ao recebimento do incentivo financeiro previsto no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde.

**Passo 4:** uma vez contemplado em portaria, o repasse dos recursos financeiros será realizado pelo Fundo Nacional de Saúde ao respectivo Fundo Municipal de Saúde ou ao Fundo de Saúde do Distrito Federal, na forma abaixo definida:

I – Primeira parcela: equivalente a 20% (vinte por cento) do valor total aprovado, a ser repassada após a publicação da portaria específica de habilitação; e

II – Segunda parcela: equivalente a 80% do valor total aprovado, mediante a apresentação da respectiva ordem de início do serviço, assinada por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia – CREA ou Conselho de Arquitetura e Urbanismo – CAU, ratificada pelo gestor local e pela CIB.

Obs.: a ordem de início de serviço de reforma e ampliação deverá ser postada no Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB) por meio do sítio: <http://dab.saude.gov.br/sistemas/sismob/>.

### **Acessando o Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB):**

Para acessar o SISMOB pela primeira vez, deverá ter em mãos o CNPJ e a senha do Fundo Nacional de Saúde. Caso não possua essa senha, deverá procurar a DICON do seu Estado. Após acessar o SISMOB com o CNPJ e a senha do fundo, deverá cadastrar/atualizar os dados do prefeito, do técnico (fica a critério do município escolher qual será o técnico que poderá ter acesso ao SISMOB) e do engenheiro responsável pela obra. Após cadastramento deles, todos receberão por e-mail uma senha para alimentar o SISMOB.

O município deverá acessar o sistema a cada 30 dias para informar a sua situação, mesmo que ainda não tenha iniciado as obras.

Informações/documentos a serem inseridos no SISMOB:

- Ordem de início de serviço ratificada pela CIB Estadual;
- Fotos de antes do início da obra e de cada etapa discriminada no sistema. Caso não tenha fotos anteriores à etapa em que se encontra, deve inserir fotos da etapa atual;
- Informações a respeito do estabelecimento, do imóvel, do projeto, da contratação e da execução da obra.

O componente **REFORMA**, no âmbito do Programa de Qualificação 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 Qualificação de Unidades Básicas de Saúde, foi instituído por meio da Portaria nº 2.394, de 11 de outubro de 2011.

**Contatos:**

Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos – GTEP

Correio eletrônico: [dab@saude.gov.br](mailto:dab@saude.gov.br)

Telefones: (61) 3315- 9037 / 9054 / 9035

Qualifica UBS: [qualificaubs@saude.gov.br](mailto:qualificaubs@saude.gov.br)

## **Ação 15: financiar a aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a Atenção Básica à saúde**

**Para quem:** todos os municípios brasileiros.

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

**Para que serve:** aprimorar os serviços da Atenção Básica à saúde, por meio de transferência de recursos fundo a fundo a municípios e ao Distrito Federal, destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para a qualificação do trabalho dos profissionais nas Unidades Básicas de Saúde.

### **Como adquirir equipamentos e materiais permanentes para a Atenção Básica à saúde – passo a passo:**

**Passo 1:** o proponente, geralmente o secretário de saúde do município, deve cadastrar proposta por meio do endereço eletrônico do Fundo Nacional de Saúde ([www.fns.saude.gov.br/](http://www.fns.saude.gov.br/)).

**Passo 2:** os pedidos de aquisição dos equipamentos e materiais permanentes deverão ser encaminhados sob a forma de propostas de projetos, constando:

- I – Tipo;
- II – Descrição técnica;
- III – Características técnicas/acessórios;
- IV – Valor estimado do equipamento.

**Passo 3:** as propostas de projetos referentes ao financiamento de equipamentos e materiais permanentes precisam estar em consonância com:

- O estabelecido no Plano Diretor de Investimento (PDI) das unidades federativas, além de integrar o plano de saúde e ser aprovada pelo Colegiado de Gestão Regional (CGR), se houver, e pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB);
- A natureza do Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS) constante do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

**Passo 4:** o proponente deve acompanhar o andamento da(s) proposta(s) pelo Sistema de Cadastro de Propostas Fundo a Fundo e anexar as documentações obrigatórias, a saber: termo de compromisso para aquisição de equipamentos e materiais permanentes (disponível para *download* no site: [www.fns.saude.gov.br](http://www.fns.saude.gov.br)) e resolução da CIB.

**Passo 5:** caso proposta em diligência, realizar as devidas adequações e respeitar os prazos fixados.

**Passo 6:** caso proposta aprovada, aguardar publicação de portaria específica habilitando o município e posterior liberação do valor aprovado.

Obs.:

- Os equipamentos de que trata essa portaria deverão, obrigatoriamente, ser destinados a equipar as unidades assistenciais próprias estaduais, municipais e do Distrito Federal;
- A execução do objeto deverá ocorrer no prazo de até 12 meses, contados a partir da data do recebimento dos recursos;
- Os equipamentos adquiridos deverão ser inseridos no CNES.

### **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.198/GM, de 18 de setembro de 2009. Dispõe sobre a transferência fundo a fundo de recursos federais a Estados, Distrito Federal e municípios destinados à aquisição de equipamentos e material permanente para o Programa de Atenção Básica à Saúde e da Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 179, 18 set. 2009, p. 75.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 22, 31 jan. 2007, p. 45.

### **Disponível em:**

[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab) e [www.fns.saude.gov.br/](http://www.fns.saude.gov.br/)

### **Contatos:**

Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos (GTEP)  
Correio eletrônico: [dab@saude.gov.br](mailto:dab@saude.gov.br)  
Telefones: (61) 3315-9037/9054/9035

## **Ação 16: ampliar o acesso da equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica**

**Para quem:** população de todos os municípios de todas as Unidades de Federação.

**Produto:** ampliação do acesso da população às ações das equipes de Saúde Bucal na Atenção Básica à saúde.

**Para que serve:** as equipes de Saúde Bucal trabalham integradas às equipes de Saúde da Família, com a composição básica de: cirurgião-dentista e auxiliar de saúde bucal para as eSB na modalidade I; e cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico em saúde bucal para as eSB na modalidade II.

### **Como credenciar uma equipe de Saúde Bucal (eSB):**

O gestor municipal interessado em implantar a eSB deverá apresentar proposta ao Conselho Municipal de Saúde e, se aprovada, encaminhar à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do respectivo Estado, indicando se o pleito é para eSBSF-M1 ou eSBSF-M2. Caberá às CIBs encaminhar solicitação de credenciamento das eSBSF ao Ministério da Saúde para apreciação e publicação em portaria específica.

### **A proposta deverá contemplar minimamente os seguintes elementos:**

- a) Área geográfica a ser coberta, com estimativa da população residente;
- b) Descrição da estrutura mínima com que contarão as unidades de saúde onde atuarão as eSB;
- c) Definição das ações mínimas a serem desenvolvidas pelas eSB;
- d) Proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços odontológicos de maior complexidade;
- e) Definição do processo de avaliação do trabalho das equipes e da forma de acompanhamento do Pacto de Indicadores da Atenção Básica e utilização dos sistemas nacionais de informação;
- f) Descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais da eSB.

### **Requisitos mínimos:**

O município deverá possuir equipe de Saúde da Família implantada, bem como materiais e equipamentos adequados ao elenco de ações programadas, de forma a garantir a resolutividade da Atenção Básica à saúde. Todos os profissionais da equipe multiprofissional deverão realizar jornada de trabalho de 40 horas semanais, obrigatoriamente, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

### **Incentivos financeiros:**

O Ministério da Saúde disponibiliza o recurso de implantação no valor de R\$ 7.000,00 (parcela única), para investimento nas unidades básicas e realização de curso introdutório. Além de recursos mensais de custeio de R\$ 2.230,00 para as eSBSF-M1 e R\$ 2.9800,00 para as eSBSF-M2, de acordo com a Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012.

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

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

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

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

### **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 750/GM, de 10 de outubro de 2006. Institui a ficha complementar de cadastro das equipes de Saúde da Família; Saúde da Família com Saúde Bucal – modalidade I e II; e agentes comunitários de saúde, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), a partir da competência de outubro de 2006, conforme formulário modelo e orientação de preenchimento, anexo I, II e III dessa portaria. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 197, 13 out. 2006, p. 79.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 822/GM, de 17 de abril de 2006. Altera critérios para definição de modalidades das eSF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 18 abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154/SAS, de 15 de maio de 2009. Inclui, na tabela de tipos de equipes do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), os tipos de equipes: eACSSBM1 – equipe de agente comunitário de saúde com Saúde Bucal modalidade I e eACSSBM2 – equipe de agente comunitário de saúde com Saúde Bucal modalidade II. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 92, 18 maio 2009, p. 87.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.372/GM, de 7 de outubro de 2009. Cria o plano de fornecimento de equipamentos odontológicos para as equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 194, 9 out. 2009, p. 112.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 22 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as equipes de Saúde da Família, equipes de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 17 maio 2012.

**Disponível em:**

[www.saude.gov.br/bucal](http://www.saude.gov.br/bucal)

**Contatos:**

Coordenação-Geral de Saúde Bucal  
Correio eletrônico: [cosab@saude.gov.br](mailto:cosab@saude.gov.br)  
Telefone: (61) 3315-9056



## **Ação 17: implantar Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) – Programa Brasil Sorridente**

**Para quem:** população de todos os municípios de todas as Unidades de Federação.

**Produto:** Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) implantados.

**Para que serve:** os CEOs são estabelecimentos de saúde bucal inscritos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), classificados como clínica especializada/ambulatório de especialidade que oferece serviços de odontologia gratuitos à população e realiza, no mínimo, as seguintes atividades:

- I – Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer bucal;
- II – Periodontia especializada;
- III – Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- IV – Endodontia; e
- V – Atendimento a portadores de necessidades especiais.

### **Como implantar um CEO – passo a passo:**

**Passo 1 – antecipação do incentivo financeiro para CEO em fase de implantação:** o gestor municipal/estadual interessado em implantar um CEO deverá apresentar sua proposta ao Conselho Municipal/Estadual de Saúde e, se aprovada, encaminhar à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do respectivo Estado, indicando se o pleito é para CEO Tipo 1 (com três cadeiras), CEO Tipo 2 (com quatro a seis cadeiras) ou CEO Tipo 3 (com sete ou mais cadeiras). Caberá às CIBs solicitar o credenciamento dos CEOs ao Ministério da Saúde para apreciação e formalização em portaria específica. A proposta deverá contemplar minimamente os seguintes elementos:

- a) Ofício do gestor solicitando o adiantamento do incentivo financeiro de implantação, discriminando: o nome e o endereço da Unidade de Saúde;
- b) Cópia da resolução da CIB aprovando a implantação do CEO;
- c) Cópia do projeto de implantação do CEO aprovado pela CIB, do qual constem as seguintes informações: características populacionais do município, características da Atenção Básica, modalidade de gestão, inserção no Plano Diretor de Regionalização (PDR), características do PDR, características físicas do estabelecimento de saúde incluindo equipamentos, recursos humanos, especialidades ofertadas, população beneficiada e área de abrangência (indicando para qual município, região ou microrregião é referência, mencionando, inclusive, a população coberta);
- d) Termo de compromisso do gestor responsável assegurando o início do funcionamento do CEO em até, no máximo, 3 (três) meses após o recebimento do incentivo, sob pena de devolução ao Fundo Nacional de Saúde dos recursos repassados.

**Passo 2 – habilitação do CEO:** após publicação da portaria de recursos financeiros destinados à implantação dos serviços especializados de saúde bucal – CEO, dentro do tempo limite de 3 (três) meses, o gestor deverá enviar para a Coordenação-Geral de Saúde Bucal/DAB/SAS os seguintes documentos devidamente preenchidos, carimbados e assinados pelo gestor distrital, estadual ou municipal para habilitação do CEO (receber custeio mensal):

- a) Ofício solicitando o credenciamento do CEO, informando o número do CNES do serviço; razão social (nome devidamente registrado sob o qual uma pessoa jurídica se individualiza e exerce suas atividades. A razão social diferencia-se do nome dado a um estabelecimento ou do nome comercial com que a empresa pode ser reconhecida junto ao público, o qual é conhecido como nome fantasia); nome fantasia;
- b) Fotos dos ambientes do CEO dos itens considerados obrigatórios conforme o Manual de Adequação Visual, disponibilizado na internet no endereço: [www.saude.gov.br/bucal](http://www.saude.gov.br/bucal) – *link* Publicações;
- c) Preenchimento do anexo da Portaria nº 283/GM, de 22 de fevereiro de 2005 (disponibilizado na internet no endereço: [www.saude.gov.br/bucal](http://www.saude.gov.br/bucal)) e assinado pelo gestor.

#### **Requisitos mínimos:**

- O município deverá possuir uma rede de Atenção Básica à saúde organizada;
- Realizar a produção mínima mensal em cada especialidade, definida na Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011;
- Também, além das especialidades mínimas e dos respectivos equipamentos, materiais, profissionais e carga horária, os CEOs devem estar com a adequação visual da unidade com os itens considerados obrigatórios, do Manual de Adequação Visual.

#### **Incentivos financeiros:**

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

- R\$ 60.000,00 por CEO Tipo I para implantação;
- R\$ 75.000,00 por CEO Tipo II para implantação;
- R\$ 120.000,00 por CEO Tipo III para implantação.

Custeio:

- R\$ 8.250,00 por mês para CEO Tipo I;
- R\$ 11.000,00 por mês para CEO Tipo II;
- R\$ 19.250,00 por mês para CEO Tipo III.

#### **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 283/GM, de 22 de fevereiro de 2005. Antecipa o incentivo financeiro para os Centros de Especialidades Odontológicas

(CEOs) em fase de implantação, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 22 fev. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. Define a implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelece critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 58, 24 mar. 2006, p. 51.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 600/GM, de 23 de março de 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 58, 24 mar. 2006, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464/GM, de 24 de junho de 2011. Altera o Anexo da Portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2006, que institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 121, 27 jun. 2011, p. 112.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.341/GM, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 126, 2 jul. 2012, p. 74.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 911/SAS, de 29 de agosto de 2012. Inclui, no Serviço 114 – Serviço de Atenção em Saúde Bucal, a classificação 007 e dispõe sobre o registro dos procedimentos quando realizados em pessoas com deficiência em Centro de Especialidades Odontológicas. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 169, 30 ago. 2012, p. 68.

#### **Disponível em:**

[www.saude.gov.br/bucal](http://www.saude.gov.br/bucal)

#### **Contatos:**

Coordenação-Geral de Saúde Bucal  
Correio eletrônico: [cosab@saude.gov.br](mailto:cosab@saude.gov.br)  
Telefone: (61) 3315-9056

## **Ação 18: inclusão de procedimentos de ortodontia/ortopedia e implante dentário no Centro de Especialidades Odontológicas**

A Portaria nº 718/SAS instituiu novos procedimentos da tabela do SUS: aparelho ortodôntico/ortopédico e implante dentário osteointegrado (incluindo a prótese sobre o implante). Os tratamentos poderão ser realizados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) – Brasil Sorridente.

**Tabela 1 - Procedimentos oferecidos para a especialidade da ortodontia e ortopedia**

<b>Procedimento</b>	<b>Código</b>	<b>Valor</b>
Instalação de aparelho ortodôntico	03.07.04.011-9	R\$ 67,00
Aparelho ortodôntico fixo	07.01.07.017-0	R\$ 175,00
Aparelho ortopédico fixo	07.01.07.016-1	R\$ 175,00

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

**Tabela 2 - Procedimentos que podem ser realizados tanto na Atenção Básica quanto no CEO**

<b>Procedimento</b>	<b>Código</b>	<b>Valor</b>
Manutenção/conserto de aparelho ortodôntico e ortopédico	03.07.04.012-7	R\$ 34,00
Aparelho fixo bilateral para fechamento de diastema	07.01.07.001-3	R\$ 10,00
Aparelho ortopédico e ortodôntico removível	07.01.07.002-1	R\$ 60,00
Mantenedor de espaço	07.01.07.006-4	R\$ 10,00
Plano inclinado	07.01.07.008-0	R\$ 5,00

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

**Tabela 3 - Procedimentos oferecidos para as especialidades de implantodontia e prótese**

<b>Procedimento</b>	<b>Código</b>	<b>Valor</b>
Implante dentário osteointegrado	04.14.02.042-1	R\$ 260,10
Prótese dentária sobre implante	07.01.07.015-3	R\$ 300,00

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

### **Financiamento:**

Os novos procedimentos irão permanecer por um período no Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC (os pagamentos serão liberados de acordo com a produção apresentada) para formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC) dos municípios, Estados e do Distrito Federal, devendo ser publicados em portaria específica.

**Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 718/SAS/MS, de 20 de dezembro de 2010. Republicada em 31 de dezembro de 2010. Retificação na Portaria nº 718/SAS/MS, de 20 de dezembro de 2010, publicada no Diário Oficial da União nº 251, de 31 de dezembro de 2010, seção 1, páginas 100 a 113. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 27, 8 fev. 2011, p. 48.

**Disponível em:**

[www.saude.gov.br/bucal](http://www.saude.gov.br/bucal)

**Contatos:**

Coordenação-Geral de Saúde Bucal  
Correio eletrônico: [cosab@saude.gov.br](mailto:cosab@saude.gov.br)  
Telefone: (61) 3315-9056

## **Ação 19: adesão do CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi criada por meio da Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012. No âmbito da saúde bucal, a rede se propõe a garantir o atendimento odontológico qualificado a todos os portadores de deficiência. Todo atendimento a esse público deve ser iniciado na Atenção Básica, que referenciará para o nível secundário (CEO) ou terciário (atendimento hospitalar) apenas os casos que apresentarem necessidades especiais para o atendimento.

### **Incentivos financeiros:**

A Portaria Ministerial nº 1.341, de 29 de junho de 2012, criou incentivos adicionais para os CEOs que fizerem parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Os incentivos são da seguinte ordem:

- R\$ 1.650,00 por mês para CEO Tipo I;
- R\$ 2.250,00 por mês para CEO Tipo II;
- R\$ 3.850,00 por mês para CEO Tipo III.

### **Como fazer a adesão do CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:**

O gestor municipal ou estadual deve preencher o termo de compromisso (modelo disponível no site [www.saude.gov.br/bucal](http://www.saude.gov.br/bucal)), rubricar todas as páginas do anexo e encaminhar a proposta para a Coordenação-Geral de Saúde Bucal/DAB/SAS do Ministério da Saúde e uma cópia, para conhecimento, à Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

### **Compromissos mínimos:**

Todos os CEOs credenciados pelo Ministério da Saúde podem solicitar o incentivo adicional. Para tanto, precisam cumprir compromissos mínimos, que são:

- Disponibilizar 40 horas semanais, no mínimo, para atendimento exclusivo a pessoas com deficiência;
- Realizar apoio matricial para as equipes de Saúde Bucal da Atenção Básica, no tocante ao atendimento e encaminhamento de pessoas com deficiência que necessitam de atendimento odontológico especializado;
- Manter alimentação regular e consistente da informação de produção do CEO por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS), utilizando como instrumento de registro o Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado (BPA-I) para todos os procedimentos realizados em pessoas com deficiência;
- Manter a produção mensal mínima exigida na Portaria nº 1.464/GM/MS, de 24 de junho de 2011;
- Aplicar os recursos adicionais do Ministério da Saúde pela incorporação do CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência exclusivamente para a esse fim;

- Garantir condições de acessibilidade e mobilidade nas instalações do CEO para pessoas com deficiência;
- Prover o CEO com profissionais de saúde bucal capacitados para o atendimento odontológico de pessoas com deficiência.

**Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793/GM, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 80, 2 abr. 2012, p. 94.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.341/GM, 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 126, 2 jul. 2012, p. 74.

**Disponível em:**

[www.saude.gov.br/bucal](http://www.saude.gov.br/bucal)

**Contatos:**

Coordenação-Geral de Saúde Bucal  
Correio eletrônico: [cosab@saude.gov.br](mailto:cosab@saude.gov.br)  
Telefone: (61) 3315-9056

## **Ação 20: implantar Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD)**

**Para quem:** população de todos os municípios de todas as Unidades de Federação.

**Produto:** Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) implantado.

**Para que serve:** o LRPD é o estabelecimento inscrito no SCNES para realizar, no mínimo, um dos seguintes procedimentos: prótese total mandibular, prótese total maxilar, prótese parcial mandibular removível, prótese parcial maxilar removível e próteses coronárias/intrarradiculares fixas/adesivas (por elemento).

### **Como credenciar um LRPD:**

Os municípios, com qualquer base populacional, podem credenciar laboratório(s) e não há restrição quanto à natureza jurídica desse(s) laboratório(s), ou seja, o gestor municipal/estadual pode contratar a prestação desse serviço.

O gestor municipal/estadual interessado em credenciar um ou mais LRPD deve acessar o sistema de Credenciamento de LRPD disponível no site da Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB) – Departamento de Atenção Básica – Secretaria de Atenção à Saúde ([www.saude.gov.br/bucal](http://www.saude.gov.br/bucal)).

### **A proposta deverá contemplar minimamente os seguintes elementos:**

- a) Identificação do município ou do Estado pleiteante e do estabelecimento de saúde, com cópia do CNES;
- b) Identificação da área de abrangência do serviço que irá ser ofertado, indicando qual município, região ou microrregião é referência, mencionando, inclusive, a população coberta;
- c) Descrição dos procedimentos que serão ofertados; e
- d) Emissão de documento, pelo gestor, informando a capacidade de produção, por mês, do estabelecimento a ser credenciado/contratado (vide Nota Técnica LRPD site: [www.saude.gov.br/bucal](http://www.saude.gov.br/bucal)).

### **Requisitos mínimos:**

O financiamento está incluído no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade (MAC) e o laboratório passa a receber de acordo com seu teto de produção, sendo os valores repassados:

- Entre 20 e 50 próteses/mês: R\$ 7.500,00 mensais;
- Entre 51 e 80 próteses/mês: R\$ 12.000,00 mensais;
- Entre 81 e 120 próteses/mês: R\$ 18.000,00 mensais;
- Acima de 120 próteses/mês: R\$ 22.500,00 mensais.

Esse teto é calculado de acordo com as informações prestadas pelos municípios por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). Serão feitas avaliações trimestrais desses dados para redefinir a distribuição dos recursos.



## **Cadastro no CNES:**

O estabelecimento de saúde que confecciona a prótese dentária (LRPD) deve ter seu cadastro no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), caso de estabelecimentos isolados, configurando-se com o tipo de estabelecimento: 39 – Unidade de saúde de serviço de apoio diagnóstico terapêutico – SADT (estabelecimento 39), subtipo; 3 – Laboratório Regional de Prótese Dentária – LRPD e com serviço especializado: 157 – SERVIÇO DE LABORATÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA e Classificação: 001 – LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA.

Caso o estabelecimento de saúde não seja isolado, deve ter em seu cadastro do SCNES, serviço especializado: 157 – SERVIÇO DE LABORATÓRIO DE PRÓTESE DENTÁRIA e Classificação: 001 – LABORATÓRIO REGIONAL DE PRÓTESE DENTÁRIA. O LRPD deverá possuir, no mínimo, um profissional com o CBO 3224-10 – protético dentário e realizar, ao menos, a confecção de um dos procedimentos de prótese dentária.

## **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.373/GM, de 7 de outubro de 2009. Altera a redação da Portaria nº 599/GM, de 23 de março de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 8 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.374/GM, de 7 de outubro de 2009. Altera os valores dos procedimentos da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde (SUS), realizados pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Bucal. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 8 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 205/SAS, de 20 de maio de 2010. Exclui da tabela de habilitações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) a habilitação de código 0402 – Laboratório Regional de Prótese Dentária – e inclui, na Tabela de Serviços Especializados/Classificação do SCNES, o serviço 157 e sua classificação. Brasília, 20 de maio de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 21 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 211/SAS, de 13 de maio de 2011. Alterar os valores dos procedimentos da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) realizados pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Bucal, conforme a tabela. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 14 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 27/SAS, de 13 de janeiro de 2012. Inclui na Tabela de Serviços/Classificação do SCNES, no Serviço de código 157 – Serviço de laboratório de prótese dentária, Classificação – Laboratório Regional de

Prótese Dentária, o Grupo 002 e CBO dentro da família de CBO 2232. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 14 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 474/SAS, de 22 de maio de 2012. Atualiza a Tabela de Regras Contratuais do SCNES – LRPD. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 23 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.825/GM, de 24 de agosto de 2012. Altera o valor dos procedimentos de prótese dentária na Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS e estabelece recursos anuais a serem incorporados ao teto financeiro anual de média e alta complexidade dos Estados, municípios e Distrito Federal para confecção de próteses dentárias nos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 25 ago. 2012.

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

**Disponível em:**

[www.saude.gov.br/bucal](http://www.saude.gov.br/bucal)

**Contatos:**

Coordenação-Geral de Saúde Bucal  
Correio eletrônico: [cosab@saude.gov.br](mailto:cosab@saude.gov.br)  
Telefones: (61) 3315-9056

## **Ação 21: promover a expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) por meio do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) nos grandes centros urbanos**

**Ação:** promover a expansão e consolidação da Estratégia Saúde da Família por meio do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) nos grandes centros urbanos.

**Para quem:** municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes que participaram da Fase I do PROESF.

**Produto:** promover a qualificação da gestão e do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica organizadas no modelo Saúde da Família.

**Para que serve:** apoiar, nos grandes centros urbanos, as iniciativas de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família. O PROESF é uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo BIRD, para os municípios com população superior a 100.000 habitantes e que integraram a primeira fase do projeto (2003 a 2007). O projeto apresenta como questão central a qualificação dos processos de gestão e de trabalho das equipes de Atenção Básica, organizadas por intermédio da Estratégia Saúde da Família, visando a aprimorar o desempenho e a qualidade dos serviços e assegurando respostas efetivas para as necessidades em saúde da população dos grandes centros urbanos brasileiros.

### **Linhas financiáveis:**

Os recursos financeiros são repassados do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, em conformidade ao desempenho dos indicadores pactuados e considerando os seguintes eixos estratégicos:

- Gestão da Atenção Básica/Saúde da Família;
- Implantação de apoio institucional;
- Implantação de educação permanente;
- Implantação de processos de monitoramento e avaliação;
- Gestão do trabalho dos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família.

### **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.091, de 16 de dezembro de 2009. Declara a elegibilidade municipal para a Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) e define as diretrizes, ações e prazo de participação. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 16 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 300, de 9 de fevereiro de 2010. Altera a redação do Anexo II da Portaria nº 0391/GM, de 16 de dezembro de 2009, e

declara elegível para participar da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) o município de Itabuna-BA. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 124, p. 146, 1 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.134, de 6 de setembro de 2011. Declara a elegibilidade dos municípios temporariamente suspensos da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família para reconstrutualização, e a elegibilidade dos municípios temporariamente inelegíveis para a adesão ao projeto. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 173, p. 98, 8 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.132, de 6 de setembro de 2011. Declara a elegibilidade dos Estados e do Distrito Federal, temporariamente suspensos da Fase 2 do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família, para reconstrutualização. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 173, p. 98, 8 set. 2011.

**Disponível em:**

[www.saude.gov.br/proesf](http://www.saude.gov.br/proesf)

**Contatos:**

Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos (GTEP)  
Correio eletrônico: [dab@saude.gov.br](mailto:dab@saude.gov.br)  
Telefones: (61) 3315-9037/9054/9035

## **Ação 22: ampliar o acesso às Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde**

**Para quem:** usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

**Produto:** atenção em homeopatia, medicina tradicional chinesa, plantas medicinais e fitoterapia, medicina antroposófica e termalismo/crenoterapia.

**Para que serve:** são práticas que estimulam os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde ampliando a oferta e as opções terapêuticas para a atenção à saúde e contribuem, entre outros, para a promoção da saúde, inserção social, redução do consumo de medicamentos, aumento da autoestima e melhoria da qualidade de vida.

### **Medicina tradicional chinesa (MTC):**

Sistema médico integral originado há milhares de anos na China que se fundamenta nas teorias do *yin-yang* e dos cinco movimentos. Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua e possui como abordagens terapêuticas plantas medicinais e fitoterápicos, dietoterapia, práticas corporais e mentais, ventosa, moxa e acupuntura.

### **Homeopatia:**

Sistema médico complexo, de caráter holístico, baseado no princípio vitalista e no uso da lei dos semelhantes, enunciada por Hipócrates, no século IV a.C. A homeopatia desenvolvida por Samuel Hahnemann, no século XVIII, utiliza como recurso diagnóstico a matéria médica e o repertório e, como recurso terapêutico, o medicamento homeopático.

### **Fitoterapia:**

Terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. A prática da fitoterapia incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social. Os serviços podem oferecer os seguintes produtos: planta medicinal *in natura*, planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e/ou fitoterápico industrializado.

### **Termalismo social/crenoterapia:**

O Termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde.

A Crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.

## **Medicina antroposófica:**

Apresenta-se como abordagem médico-terapêutica complementar, de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Entre os recursos que acompanham a abordagem médica, destaca-se o uso de medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da medicina antroposófica. Integrada ao trabalho médico, está prevista a atuação de outros profissionais da área da saúde, de acordo com as especificidades de cada categoria.

## **Como credenciar serviços de práticas integrativas e profissionais no SUS:**

O gestor municipal/estadual interessado em implantar alguma prática integrativa deverá identificar na rede os serviços profissionais especializados nas diversas áreas e os serviços onde estão inseridos, além de elaborar um plano de implantação que deverá ser apresentado ao Conselho Municipal de Saúde para aprovação.

Cadastrar o serviço e os profissionais de práticas integrativas de acordo com orientações do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) – <http://cnes.datasus.gov.br>

1) Se o serviço for implantado em um estabelecimento de saúde ainda não cadastrado no CNES:

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

2) Se o serviço for implantado em um estabelecimento de saúde já cadastrado no CNES, o gestor deverá:

- a) Acessar o estabelecimento na base local do CNES, no módulo conjunto, e, na aba “Serviços Especializados”, incluir o serviço 134 – Práticas Integrativas e Complementares e selecionar uma ou mais da(s) classificação(ões) existente(s): (1) Acupuntura, (2) Fitoterapia, (3) Homeopatia, (4) Medicina antroposófica, (5) Outras técnicas em medicina tradicional chinesa, (6) Práticas corporais/atividade física e (7) Termalismo/crenoterapia;
- b) Com relação às “farmácias vivas” e/ou “farmácias homeopáticas”, acessar o estabelecimento na base local do CNES, no módulo conjunto, e, na aba “Serviços Especializados”, incluir o serviço 125 – Farmácia e selecionar uma ou mais da(s) classificação(ões) existente(s): 003 – Farmácia com manipulação homeopática e/ou 007 – Farmácia viva;
- c) Cadastrar os profissionais que realizarão o serviço (2231-01 – Médico acupunturista, 2235-05 – Enfermeiro, 2212-05 – Biomédico, 2236-50 – Fisioterapeuta acupunturista, 2515-10 Psicólogo clínico/psicólogo acupunturista e 2234-05 – Farmacêutico), descritos nas Portarias de nº 154/SAS e nº 84/SAS, que estabelecem um conjunto de profissionais para cada serviço/classificação, para o qual, sem o cumprimento desse requisito,

não é possível exportar dados do estabelecimento para a base nacional do CNES e, posteriormente, validar e enviar para os sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares. Para realizar o cadastro, é necessário acessar o sistema local do CNES e clicar na opção Cadastro – Profissionais. Existe a opção de cadastramento de profissionais SUS e NÃO SUS e, no caso em questão, eles deverão ser cadastrados como profissionais SUS.

Obs.: ressalta-se que todos esses dados, tanto do estabelecimento quanto dos profissionais, devem ser preenchidos, inicialmente, na ficha de cadastro disponível no site do CNES para, posteriormente, serem transferidos para o sistema local do CNES.

Na Portaria nº 533 MS/GM, de 28 de março de 2012, estão inseridos 12 fitoterápicos e medicamentos homeopáticos no elenco de medicamentos que necessitam pactuação na Comissão Intergestores Bipartite para oferta nos serviços.

### **Incentivos financeiros:**

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares ainda não possui indução no financiamento, mas, no entanto, tem seus procedimentos (0309050022– Sessão de acupuntura com inserção de agulhas, 0309050030 – Sessão de eletroestimulação e 0309050014 – Sessão de acupuntura com aplicação de ventosa/moxa) financiados segundo tabela unificada. Existe, ainda, o financiamento de projetos envolvendo práticas integrativas e complementares por meio de editais publicados pelo Ministério da Saúde.

### **Legislação:**

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 204, 24 out. 2011, p. 48.

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

BRASIL. Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, e dá outras providências. Brasília, 22 jun. 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 119, p. 2, 23 jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600/GM, de 17 de julho de 2006. Aprova a constituição do Observatório das Experiências de Medicina Antroposófica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 18 jul. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 84/SAS, de 25 de março de 2009. Adéqua o serviço especializado 134 – Serviços de práticas integrativas e sua Classificação 001 – Acupuntura. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 26 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SAS nº 470, de 19 de agosto de 2011. Inclui, na tabela de serviços/classificação do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no serviço de código 125 – Serviço de farmácia, a classificação 007 – Farmácia viva. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 162, 23 ago. 2011.

**Disponível em:**

[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)

**Contatos:**

Coordenação Nacional de Práticas Integrativas e Complementares  
Correio eletrônico: [pics@saude.gov.br](mailto:pics@saude.gov.br)  
Telefones: (61) 3315-9030/9034



## **Ação 23: estruturação do cuidado às pessoas com doenças crônicas**

**Para quem:** usuários do Sistema Único de Saúde que apresentam doenças crônicas.

**Produto:** acesso pelos usuários com doenças crônicas do SUS ao cuidado adequado e à atenção integral, em todos os pontos de atenção.

**Para que serve:** para qualificar e ampliar o cuidado das pessoas com doenças crônicas, principalmente pacientes com hipertensão, diabetes, tabagistas, obesidade, asma e outras doenças respiratórias.

**Como garantir a oferta dos principais medicamentos e de insumos:**

**Medicamentos:**

**Componente básico da assistência farmacêutica:**

As normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica são reguladas pela Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Nesse componente, estão incluídos medicamentos para hipertensão, diabetes, asma e outras doenças crônicas.

Não poderão ser custeados com os recursos previstos na portaria citada os medicamentos não constantes da RENAME vigente. A execução do componente da assistência farmacêutica básica é descentralizada, sendo a aquisição e a dispensação dos medicamentos de responsabilidade dos municípios e do Distrito Federal.

**Farmácia Popular:**

O Programa Farmácia Popular do Brasil tem como objetivo ampliar o acesso aos medicamentos para as doenças mais comuns entre os cidadãos, inclusive as doenças crônicas. O programa possui uma rede própria de farmácias populares e a parceria com farmácias e drogarias da rede privada, chamada de "Aqui Tem Farmácia Popular".

Poderão iniciar o processo de credenciamento no Programa Farmácia Popular do Brasil – Aqui Tem Farmácia Popular as empresas localizadas nos municípios mapeados pelo Plano “Brasil Sem Miséria” que ainda não são abrangidos pelo programa. Para mais informações, acesse [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=40501&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=40501&janela=1)

**Programa Saúde Não Tem Preço:**

A campanha “Saúde Não Tem Preço” tem o objetivo de disponibilizar, gratuitamente, medicamentos indicados para o tratamento de hipertensão, diabetes e asma nas farmácias e drogarias credenciadas no Programa “Aqui Tem Farmácia Popular”.

No âmbito da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, o Programa Farmácia Popular não visa a substituir a distribuição gratuita de medicamentos na rede pública de saúde.

O fato de os medicamentos anti-hipertensivos, antidiabéticos e antiasmáticos estarem disponíveis gratuitamente na rede de farmácia do Programa Farmácia Popular (rede privada credenciada e rede própria) não isenta a responsabilidade dos gestores estaduais e municipais de continuarem fornecendo esses medicamentos nas farmácias da rede básica de saúde, conforme normas da Portaria GM/MS nº 4.217/2010.

### **Para o *Diabetes mellitus*:**

#### **Insulinas:**

O Ministério da Saúde financia a aquisição e a distribuição às Secretarias de Saúde dos Estados dos medicamentos: insulina humana NPH 100 UI/mL e insulina humana regular 100 UI/mL, com recursos distintos dos valores indicados no art. 2º da Portaria nº 4.217, de 2010.

Os quantitativos desses medicamentos são adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde com base na programação anual encaminhada pelas Secretarias Estaduais de Saúde, cabendo aos gestores estaduais sua distribuição aos municípios.

#### **Sobre os insumos necessários para o paciente diabético, exemplo: agulhas, seringas, glicosímetros, entre outros:**

Os Estados, o Distrito Federal e os municípios são responsáveis pelo financiamento dos insumos complementares definidos pela Portaria nº 2.583/GM, destinados aos usuários insulino dependentes de que trata a Lei Federal nº 11.347/2006, cujo valor a ser aplicado por esfera de gestão é de R\$ 0,50 habitante/ano, ficando o repasse condicionado à comprovação pelos gestores da utilização integral dos recursos. Esses recursos deverão ser movimentados em conta distinta à do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, na qual são movimentados os recursos tripartite.

As indicações do automonitoramento da glicemia e os critérios para inclusão dos pacientes constam do anexo da Portaria nº 2.583/GM, de 10 de outubro de 2007.

#### **Como organizar o cuidado às pessoas com doenças crônicas em rede no âmbito do SUS, com apoio da gestão municipal e estadual:**

Uma das principais iniciativas do Ministério da Saúde no sentido de superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS foi a publicação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). O cuidado às doenças crônicas nos Estados e municípios deve considerar esse formato de organização, com vistas a assegurar a esse usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

**Abaixo, segue um pequeno guia para apoiar as equipes a organizar o cuidado destes pacientes.**

**Passo 1 – definição do público a ser atendido:** a organização do cuidado das pessoas com doenças crônicas inicia-se definindo a população-alvo da programação e avalia-se como deveria ocorrer a realização do cuidado delas. Depois se identifica a população estimada de pessoas com doenças crônicas prioritárias do território sob responsabilidade das equipes de Atenção Básica e os seus diferentes estratos de risco a fim de realizar a programação. O vínculo das pessoas com doenças crônicas a uma unidade de saúde ou a uma equipe é muito importante para qualificar o cuidado. Para isso, é necessário que exista cadastro desses usuários e que seja preenchido com dados essenciais nas consultas subsequentes.

**Passo 2 – definição de diretrizes clínicas:** diretrizes clínicas são recomendações específicas para cada nível de atenção elaboradas com o objetivo de orientar o cuidado. Em geral, definem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos, as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Elas podem ser definidas localmente ou podem seguir as orientações definidas pelo nível federal. Essas orientações estão disponíveis em portarias específicas e nos Cadernos de Atenção Básica.

**Passo 3 – mapeamento dos sistemas logístico e de apoio:** para subsidiar o trabalho em rede, é fundamental a estruturação de sistema logístico que permita as condições necessárias para articular os pontos de atenção. É necessário, portanto, identificar as necessidades das unidades de saúde quanto ao sistema logístico (cartão SUS, prontuário eletrônico, centrais de regulação, sistema de transporte sanitário); e quanto ao sistema de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistema de informação), pontuando o que já existe e o que necessita ser pactuado com a gestão municipal/regional. Realizada essa etapa, é preciso identificar como funciona o sistema de gestão da rede (espaços de pactuação – colegiado de gestão, PPI, CIR, CIB, entre outros).

**Passo 4 – mapeamento dos pontos de atenção e definição do fluxo assistencial:** desenhar o itinerário terapêutico dos usuários na rede e relacionar às necessidades logísticas e de apoio necessárias. Definir os fluxos assistenciais que são necessários para atender às necessidades de saúde de acordo com protocolos definidos localmente. Para isso, é necessário identificar os pontos de atenção no município/distrito e suas respectivas competências, incluindo ações promocionais, preventivas, reabilitadoras e de tratamento. Em algumas situações, será preciso realizar consulta especializada em unidades de referência secundária ou terciária. Nesses casos, deve ser estabelecida uma rede de referência e contrarreferência que conte com efetiva comunicação entre seus membros.

**Passo 5 – educação em saúde:** a equipe deve desenvolver atividades de educação em saúde em nível individual e coletivo. A formação de grupos

interativos para abordagem de educação para o autocuidado de diabéticos, hipertensos, tabagistas e obesos é importante para o controle clínico e prevenção de agravos.

#### **Publicação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias/Ministério da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

#### **Legislação:**

BRASIL. Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 187, p. 1, 28 set. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.583/GM, de 10 de outubro de 2007. Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de *Diabetes mellitus*. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 198, p. 49, 11 out. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.217/GM, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 249, p. 72, 29 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 31 dez. 2010.

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

**Disponível em:** <http://dab.saude.gov.br/cgat/>

#### **Contatos:**

Coordenação Geral de Áreas Técnicas  
Correio eletrônico: [rede.cronicas@saude.gov.br](mailto:rede.cronicas@saude.gov.br)  
Telefone: (61) 3315-9027

## **Ação 24: implantar o Programa Saúde na Escola (PSE)**

**Para quem:** crianças, adolescentes e jovens brasileiros matriculados em escolas públicas, cujos municípios atendem aos critérios do PSE.

**O que é:** o PSE constitui estratégia interministerial – Ministério da Educação (MEC) e Ministério da Saúde (MS), para integração e articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo intersetorialmente as equipes de Atenção Básica, prioritariamente as equipes de Saúde da Família e as equipes de Educação.

**Produto:** ações na perspectiva da atenção integral (prevenção, promoção, atenção e formação) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino público, realizadas de forma articulada entre as equipes de Atenção Básica e os trabalhadores da educação (equipes das escolas), tanto no âmbito das escolas quanto nas UBS.

**Para que serve:** para promover o desenvolvimento pleno dos escolares no âmbito da avaliação das condições de saúde, promoção e prevenção às doenças e agravos de saúde, formação de jovens e qualificação permanente dos profissionais de saúde e educação.

### **Como implantar o Programa Saúde na Escola (PSE) – passo a passo:**

**Passo 1:** a partir de 2013, estão aptos a assinarem o Termo de Compromisso Municipal do Programa Saúde na Escola (PSE) todos os municípios brasileiros e o Distrito Federal, mediante cumprimento do processo de adesão lançado anualmente.

**Passo 2:** a adesão pelo município é via preenchimento do termo de compromisso, assinatura dos Secretários Municipais de Saúde e Educação e inserção do documento no sistema vigente. No documento, constará a pactuação das ações a serem implementadas, escolas e equipes de Atenção Básica que participarão do programa, bem como as metas de cobertura de educandos para as ações de promoção, prevenção, educação e avaliação das condições de saúde no território de responsabilidade.

### **Incentivos financeiros:**

Os incentivos serão repassados pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde, fundo a fundo, via PAB Variável da Atenção Básica, e calculados de acordo com o quantitativo de educandos pactuados no termo de compromisso.

Os municípios recebem uma parcela inicial do valor total no ato da assinatura dos termos de compromisso e o restante proporcional ao quantitativo de educandos contemplados no prazo de 12 meses.

**Legislação:**

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

**Disponível em:**

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

**Contatos:**

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição

Correio eletrônico: [pse@saude.gov.br](mailto:pse@saude.gov.br)

Telefone: (61) 3315-9091

## **Ação 25: alimentação do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)**

**Para quem:** população dos municípios (crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos) atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS).

**Produto:** monitoramento do estado nutricional (classificação a partir de dados de peso e estatura) e alimentar (consumo alimentar).

**Para que serve:**

- a) Manter o diagnóstico atualizado da situação de saúde do município, Estados e País, diagnosticando os problemas referentes à situação alimentar e nutricional que possuam relevância em termos de saúde pública num determinado território;
- b) Identificar territórios e grupos populacionais sob risco, avaliando as tendências temporais de evolução e problemas detectados;
- c) Reunir e organizar dados que possibilitem identificar e ponderar os fatores mais relevantes na origem desses problemas;
- d) Oferecer ferramentas para o planejamento e a execução de medidas para melhoria da situação alimentar e nutricional da população brasileira;
- e) Monitorar as ações realizadas na Rede Amamenta Brasil e na Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável;
- f) Monitorar o estado nutricional e consumo alimentar de escolares acompanhados pela unidade de saúde de referência e/ou equipe de saúde de referência, no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE).

### **Como realizar a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN):**

A operacionalização do SISVAN na UBS tem por requisito a existência de condições básicas para o acolhimento dos sujeitos e a realização do diagnóstico nutricional. Para tanto, é necessário:

**Passo 1:** disponibilização de estruturas materiais para a produção e disponibilização das informações com qualidade e confiabilidade, o que representa a base fundamental para o funcionamento efetivo do SISVAN.

Em termos de estrutura física, é ideal que as UBS estejam harmonizadas tanto à dinâmica do trabalho das equipes de saúde de referência nos respectivos territórios, como ao acolhimento da demanda espontânea da população, garantindo a oferta e continuidade dos cuidados à comunidade, o que compreende a assistência às famílias e indivíduos.

Segue uma síntese dos materiais recomendados pelos protocolos do SISVAN para a VAN nas UBS, em cada fase do ciclo da vida:

Quadro 3 – Síntese de equipamentos para avaliação antropométrica segundo a fase do ciclo da vida

CRIANÇAS	ADOLESCENTES	ADULTOS	IDOSOS	GESTANTES
<b>Equipamentos:</b> - Balança pediátrica e de plataforma - Antropômetro horizontal (indicado para aferição de comprimento de crianças menores de dois anos) - Antropômetro vertical	<b>Equipamentos:</b> - Balança de plataforma - Antropômetro vertical	<b>Equipamentos:</b> - Balança de plataforma - Antropômetro vertical e fita métrica	<b>Equipamentos:</b> - Balança de plataforma - Antropômetro vertical	<b>Equipamentos:</b> - Balança de plataforma - Antropômetro vertical

Fonte: CGAN/DAB, 2013.

**Passo 2:** disponibilizar para as equipes de saúde os instrumentos de operacionalização do SISVAN:

- Equipamentos antropométricos: balança pediátrica e de plataforma, antropômetro horizontal e vertical e fita métrica;
- Calculadora, planilha ou disco para a identificação do Índice de Massa Corporal (IMC);
- Declaração de nascido vivo e/ou Cadernetas de Saúde da Criança, do Adolescente, do Idoso, de Gestante;
- Gráficos ou tabelas de crescimento infantil e tabelas de valores de IMC para classificação do estado nutricional do adolescente, segundo o sexo;
- Mapa de acompanhamento do SISVAN para crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes;
- Planilhas de Tanner para identificação do desenvolvimento puberal do adolescente;
- Gráficos ou tabelas para avaliação do estado nutricional da gestante segundo IMC por semana gestacional; e
- Formulário de marcadores do consumo alimentar do SISVAN.

**Passo 3:** as equipes de saúde devem identificar e acompanhar o público assistido, registrando as informações referentes ao diagnóstico nutricional e ao consumo alimentar.

**Passo 4:** após realização da vigilância alimentar e nutricional individual, é necessário que todas as informações coletadas (peso, altura, dados sobre o consumo alimentar) sejam inseridas no sistema *on-line* do SISVAN Web. O registro pode ser feito na unidade de saúde, caso esta possua computador conectado à internet, ou podem ser enviadas para a regional de saúde ou Secretaria Municipal de Saúde, para que o registro dos dados seja realizado no SISVAN Web.

O SISVAN Web é *on-line* e, para o registro das informações, é necessário o acesso à internet. As informações podem ser coletadas por meio de formulários nas unidades de saúde e posteriormente registradas. O registro das informações é realizado em um ambiente restrito e, para ter acesso a ele, a Secretaria Municipal de Saúde deve entrar em contato com o Núcleo de Tecnologia da Informação e Comunicação do DAB.



**Passo 5:** os dados referentes ao estado nutricional (peso e estatura) e consumo alimentar realizados pelos municípios são públicos, e a totalidade de registros dos dados municipais forma uma base de dados municipal, estadual e nacional do SISVAN. Os relatórios consolidados estão disponíveis no site da CGAN ([www.saude.gov.br/nutricao](http://www.saude.gov.br/nutricao)), no *link* “Relatórios do SISVAN”, e podem ser agrupados a partir do nível das unidades de saúde até em dados nacionais por fases do ciclo da vida.

#### **Qualificação e implantação:**

- a) Alimentar mensalmente o sistema (SISVAN);
- b) O SISVAN faz parte dos sistemas de informação da Atenção Básica que devem ter alimentação regular para não ocorrer suspensão do PAB, conforme a Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006.

#### **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.246/GM, de 18 de outubro de 2004. Institui e divulga orientações básicas para a implementação das ações de vigilância alimentar e nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), em todo o território nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 19 out. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488/GM, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 22 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 221, 18 nov. 2011.

#### **Disponível em:**

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

#### **Contatos:**

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição  
Correio eletrônico: [nutricao@saude.gov.br](mailto:nutricao@saude.gov.br)  
Telefones: (61) 3315-9004/9010

## **Ação 26: implantar o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)**

**Para quem:** todas as crianças, gestantes e mulheres no pós-parto e pós-aborto da população brasileira.

**Produto:** suplementação de crianças de 6 a 24 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o terceiro mês pós-parto e pós-aborto.

**Para que serve:** instituído por meio da Portaria nº 730, de 13 de maio de 2005, o PNSF consiste na suplementação preventiva de ferro para crianças, gestantes e mulheres no pós-parto e pós-aborto. O PNSF, juntamente com a fortificação obrigatória das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico e a orientação nutricional, constitui o conjunto de estratégias voltadas para o controle e redução da anemia por deficiência de ferro no País. A anemia é a carência nutricional de maior magnitude no mundo. A anemia na infância prejudica o desenvolvimento infantil e, em gestantes, aumenta o risco de hemorragias e, por consequência, o risco de aborto. A necessidade de ferro nesses ciclos de vida é muito elevada e dificilmente suprida apenas pela alimentação, por isso a suplementação de ferro em doses profiláticas é recomendada a todas as crianças e gestantes. De acordo com o PNDS (2006), a prevalência de anemia é de 20,9% em crianças menores de cinco anos e de 29,4% em mulheres em idade fértil.

### **Distribuição dos suplementos:**

O PNSF prevê a distribuição de ferro, de forma universal e gratuita, a todas as crianças, gestantes e mulheres no pós-parto e pós-aborto, nas Unidades Básicas de Saúde que conformam a rede do SUS, em todos os municípios brasileiros. O público assistido pelo programa deve ser orientado acerca de uma alimentação saudável e sobre a importância do consumo de alimentos fontes de ferro. Até o ano de 2012, o Ministério da Saúde adquiria de forma centralizada os insumos de sulfato ferroso e enviava a todos os municípios brasileiros. A partir de 2013, a compra dos suplementos deverá ser descentralizada. Assim, os municípios deverão adquirir os suplementos em quantidade suficiente para atender, de forma preventiva, todas as crianças e gestantes. É importante destacar que a suplementação de ferro em doses profiláticas faz parte da Ação Brasil Carinhoso, que tem como objetivo o combate à miséria na primeira infância (crianças até 6 anos). Dessa forma, os suplementos de ferro devem estar disponíveis em todas as Unidades Básicas de Saúde do município.

### **Qualificação e implantação:**

**Passo 1:** todas as crianças com idade entre seis meses e dois anos devem receber os suplementos de ferro.

**Passo 2:** deve-se verificar na Caderneta de Saúde da Criança o registro da distribuição do suplemento e, caso a criança não tenha recebido, providenciar prontamente os insumos.

**Passo 3:** os suplementos de sulfato ferroso devem estar disponíveis em todas as Unidades Básicas de Saúde do município.

**Passo 4:** deve-se observar o estoque dos suplementos para evitar o desabastecimento nas Unidades Básicas de Saúde.

**Passo 5:** o registro da suplementação com sulfato ferroso na Caderneta de Saúde da Criança e nos formulários de monitoramento do programa é etapa importante a ser observada.

#### **Incentivos financeiros:**

Até 2012, o Ministério da Saúde adquiriu de forma centralizada os suplementos de ferro para prevenção da anemia. A partir de 2013, o programa será descentralizado e os municípios deverão realizar a compra utilizando o componente básico do bloco de financiamento da assistência farmacêutica.

#### **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 730/GM, de 13 de maio de 2005. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, destinado a prevenir a anemia ferropriva, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 14 maio 2005.

#### **Disponível em:**

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

#### **Contatos:**

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição  
Correio eletrônico: [cgan@saude.gov.br](mailto:cgan@saude.gov.br)  
Telefone: (61) 3315-9004

## **Ação 27: acompanhar as condicionalidades da saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família**

**Para quem:** famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família com crianças menores de sete anos e/ou mulheres com idade entre 14 e 44 anos nos municípios brasileiros.

**Produto:** famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família acompanhadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

### **Para que serve:**

- O Programa Bolsa Família (PBF) faz parte do Plano Brasil sem Miséria, que tem como objetivos erradicar a extrema pobreza no Brasil por meio da elevação da renda familiar *per capita*, da ampliação do acesso aos serviços públicos e da inclusão produtiva. Esse contexto potencializa o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF como estratégia para efetivar o compromisso do SUS com a erradicação da miséria, bem como com a garantia do direito à saúde às famílias beneficiárias;
- Realizar o acompanhamento das famílias do Programa Bolsa Família, por meio da garantia dos serviços da Atenção Básica que visam ao cumprimento do calendário básico de vacinação e ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança menor de sete anos, ao seguimento do calendário de pré-natal da gestante, da assistência pós-parto, bem como à realização da vigilância nutricional;
- Além disso, o monitoramento dessas ações no sistema de gestão do Programa Bolsa Família na Saúde possibilita os registros individuais da condição de saúde dos beneficiários;
- O acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF permite identificar as beneficiárias gestantes que poderão receber o Benefício Variável à Gestante (BVG), concedido no âmbito do PBF. Assim, a responsabilidade do SUS junto às famílias do PBF se intensifica. Além disso, esse benefício oportuniza a captação precoce das beneficiárias gestantes pelo serviço de saúde para a realização do pré-natal, considerando que, quanto antes for informada a ocorrência da gestação, antes a família poderá receber o benefício.

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

- a) Acessar o Sistema de Gestão do Programa Bolsa-Família na Saúde pelo site: [www.saude.gov.br/nutricao](http://www.saude.gov.br/nutricao) e clicar no item: “Bolsa-Família” ou <http://bolsafamilia.datasus.gov.br>;
- b) Clicar na opção: “Acesso Restrito” e digitar usuário e senha;
- c) Clicar na opção “Mapa de Acompanhamento” e selecionar uma das opções para impressão dos mapas:
  - Por NIS;
  - Por bairro;

- Por EAS.
- d) Clicar em “Pesquisar”, onde será gerado um Mapa de Acompanhamento – com endereço, nome e NIS do responsável e dos membros da família que devem ser acompanhados pelo SUS;
- e) Realizar atendimento/visita às famílias beneficiárias com perfil na saúde e preencher os dados no “Mapa de Acompanhamento”;
- f) Para registro do acompanhamento realizado, clicar na opção “Acompanhamento”, digitar o NIS do beneficiário e, em seguida, clicar no item “Pesquisar”. O sistema então disponibilizará o “Formulário de Inclusão e Alteração de Acompanhamento”, que permitirá a inserção das informações de acompanhamento da família selecionada (família localizada, data de atendimento, vacinação em dia e tipo de aleitamento materno para crianças, se a mulher entre 14 e 44 anos é ou não gestante, situação do pré-natal e data da última menstruação para gestantes, peso e altura para crianças e gestantes);
- g) Após a digitação dos dados do acompanhamento, clicar em “Confirmar”;
- h) Os registros de acompanhamento dos beneficiários devem ser enviados semestralmente. No primeiro semestre, até 30 de junho, correspondendo à 1ª vigência, e no segundo semestre, até 31 de dezembro, correspondendo à 2ª vigência.

#### **Qualificação e implantação:**

- a) Alimentar semestralmente o Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, conforme calendário de vigência previsto;
- b) Indicador “Percentual de famílias com perfil saúde beneficiárias do programa acompanhadas pela Atenção Básica”: foi assumido pelo SUS, no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública (Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011).

#### **Incentivos financeiros:**

Índice de Gestão Descentralizada (IGD) – concedido para apoiar os Estados e municípios na gestão das condicionalidades do programa. Os recursos são calculados com base no cumprimento das condicionalidades dos setores da assistência social, educação e saúde no programa. Os recursos são enviados do Fundo Nacional de Assistência Social ao Fundo Municipal de Assistência Social. As portarias que estabelecem o IGD são: Portaria nº 148, de 27 de abril de 2006, Portaria nº 66, de 3 de março de 2008, Portaria nº 76, de 6 de março de 2008, Portaria nº 220, de 25 de junho de 2008, e Portaria nº 319, de 29 de novembro de 2011.

#### **Publicações:**

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

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

### **Legislação:**

BRASIL. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa-Família, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 10 jan. 2004.

BRASIL. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa-Família, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 18 set. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria Interministerial MS/MDS nº 2.509, de 18 de novembro de 2004. Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 223, 22 nov. 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria nº 148/GM, de 27 de abril de 2006. Estabelece normas, critérios e procedimentos para o apoio à gestão do Programa Bolsa-Família e do cadastro único de programas sociais do governo federal, no âmbito dos municípios, e cria o Índice de Gestão Descentralizada do programa. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 81, 28 abr. 2006.

BRASIL. Decreto nº 6.917, de 30 de julho de 2009. Altera os artigos 18, 19 e 28 do Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa-Família. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 31 jul. 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria nº 66/GM, de 3 de março de 2008. Altera a Portaria GM/MDS nº 148, de 27 de abril de 2006, que estabelece normas, critérios e procedimentos para apoio à gestão do Programa Bolsa-Família e do cadastro único de programas sociais do governo federal, no âmbito dos municípios, e cria o Índice de Gestão Descentralizada do Programa. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 43, 4 mar. 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria nº 76, de 6 de março de 2008. Estabelece normas, critérios e procedimentos para a adesão dos Estados ao Programa Bolsa-Família e ao cadastro único de programas sociais do governo federal, e para o apoio à gestão estadual desses programas. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 46, 7 mar. 2008.

BRASIL. Decreto nº 6.392, de 12 de março de 2008. Altera o Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de

2004, que cria o Programa Bolsa-Família. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 50, p. 1, 13 mar. 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria nº 220, de 25 de junho de 2008. Altera a Portaria GM/MDS nº 148, de 27 de abril de 2006, que estabelece normas, critérios e procedimentos para apoio à gestão do Programa Bolsa-Família e do cadastro único de programas sociais do governo federal, no âmbito dos municípios, e cria o Índice de Gestão Descentralizada do Programa. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 122, p. 62, 27 jun. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.324, de 6 de outubro de 2009. Estabelece o repasse anual fundo a fundo para a estruturação e implementação das ações de alimentação e nutrição no âmbito das Secretarias Estaduais e das Municipais de Saúde, com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 5, p. 16, 7 out. 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Ministério da Saúde. Instrução Operacional Conjunta SENARC/MDS/SAS/MS nº 11, de 18 de novembro de 2011. Divulga informações e procedimentos sobre a implantação do benefício variável destinado a unidades familiares que tenham em sua composição gestantes (benefício variável à gestante) e crianças menores de seis meses (benefício variável nutriz). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 19 nov. 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria nº 319, de 29 de Novembro de 2011. Altera as portarias n.º 754, de 20 de outubro de 2010 e nº 256, de 19 de março de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 30 nov. 2011.

BRASIL. Medida provisória nº 590, de 29 de novembro de 2012. Altera a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, para ampliar a idade limite de crianças e adolescentes que compõem as unidades familiares beneficiárias do Programa Bolsa Família elegíveis ao recebimento do Benefício para superação da Extrema Pobreza, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 30 nov. 2012.

#### **Disponível em:**

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

#### **Contatos:**

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição  
Correio eletrônico: [nutricao@saude.gov.br](mailto:nutricao@saude.gov.br)  
Telefones: (61) 3315-9004/9010

## **Ação 28: implantar o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**

**Para quem:** para crianças de 6 a 59 meses de idade residentes nas Regiões Norte e Nordeste e municípios do Plano Brasil sem Miséria das Regiões Centro-Oeste, Sudeste e Sul. E também para as puérperas (mulheres no pós-parto imediato) residentes nos Estados da Região Nordeste, Vale do Jequitinhonha e Mucuri, de Minas Gerais, município de Nova Odessa, em São Paulo, e alguns municípios da Amazônia Legal.

**Produto:** suplementação de crianças de 6 a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar).

**Para que serve:** o programa consiste na suplementação preventiva com megadoses de vitamina A de 100.000 UI às crianças de 6 a 11 meses e com megadoses de vitamina A de 200.000 UI às crianças de 12 a 59 meses e às puérperas. Essa vitamina é essencial às funções ligadas ao sistema visual, crescimento e sistema imune, reduzindo a gravidade das infecções e, por consequência, promovendo recuperação mais rápida de diarreias. A reserva adequada de vitamina A reduz em 24% a mortalidade infantil, 28% da mortalidade por diarreia e 45% da mortalidade por todas as causas em crianças HIV positivo. De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde – PNDS (2006), a prevalência de deficiência dessa vitamina é de 17,4% em crianças menores de cinco anos e de 12,3% em mulheres em idade fértil.

### **Distribuição dos suplementos:**

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

A distribuição é realizada de forma universal e gratuita às unidades de saúde que conformam a rede do SUS. O público assistido deve ser orientado acerca de uma alimentação saudável e sobre a importância do consumo de alimentos fontes de vitamina A. Em 2012, a ação do Brasil Carinhoso estende o programa para 100% dos municípios da Região Norte e aos municípios do Plano Brasil sem Miséria pertencentes à Região Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

### **Qualificação e implantação:**

**Passo 1:** Todas as crianças com idade entre seis meses e cinco anos devem receber os suplementos de vitamina A;

**Passo 2:** as equipes de saúde devem identificar e acompanhar o público assistido no programa.

Cada município deverá adotar a sua estratégia para a identificação da população que será atendida e rotineiramente acompanhada, podendo ser:



- Por demanda espontânea nas unidades de saúde (identificação durante as consultas regulares do crescimento e desenvolvimento infantil e do pré-natal);
- Por busca ativa, realizada por meio dos agentes comunitários de saúde, equipe de Saúde da Família;
- Em campanhas de vacinação e em maternidades;
- Por meio da indicação de parceiros que atuam na prevenção e controle dos distúrbios nutricionais em nível local, por exemplo, os líderes da Pastoral da Criança, entre outros.

**Passo 3:** deve-se verificar, na Caderneta de Saúde da Criança, o registro de administração do suplemento e, caso a criança não tenha tomado, deve-se providenciar a suplementação prontamente.

**Passo 4:** os suplementos de vitamina A devem estar disponíveis em todas as Unidades Básicas de Saúde do município, observando o estoque para evitar o desabastecimento.

**Passo 5:** o registro da suplementação com vitamina A na Caderneta de Saúde da Criança e nos formulários de monitoramento do programa é etapa importante a ser observada.

#### **Incentivos financeiros:**

O Ministério da Saúde adquire de forma centralizada os suplementos de vitamina A para prevenção da deficiência.

#### **Legislação:**

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

#### **Disponível em:**

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

#### **Contatos:**

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição  
Correio eletrônico: [cgan@saude.gov.br](mailto:cgan@saude.gov.br)  
Telefone: (61) 3315-9024

## **Ação 29: implantar a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável – Amamenta e Alimenta Brasil**

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

**Produto:** formar tutores aptos a apoiar, fortalecer, planejar, acompanhar e avaliar as ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar nas Unidades Básicas de Saúde.

**Para que serve:** é uma estratégia que visa a intensificar as ações de apoio e a promoção à alimentação complementar saudável (crianças até 24 meses de idade) no SUS. Pretende incentivar a orientação alimentar para crianças menores de dois anos como atividade de rotina nos serviços de saúde, contemplando a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, com a introdução da alimentação complementar em tempo oportuno e de qualidade, respeitando a identidade cultural e alimentar das diversas regiões brasileiras. A Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil está inserida no contexto da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Promoção da Saúde e da Rede Cegonha, que tem como eixo estratégico a promoção da alimentação adequada e saudável.

### **1 – Como organizar a Estratégia Amamenta e Alimenta em nível local:**

Os primeiros passos para a implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil são a condução de oficinas de formação de tutores e oficinas de trabalho nas UBS.

#### **Oficinas de formação de tutores:**

Tem como objetivo formar tutores, qualificando-os para apoiar no fortalecimento, planejamento, implementação e avaliação de ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável nas UBS, de forma contínua, considerando a educação permanente em saúde, com base nos princípios da educação crítico-reflexiva.

#### **Oficinas de trabalho nas UBS:**

Tem como objetivo discutir as práticas alimentares saudáveis no contexto do processo de trabalho das UBS, pactuar ações de promoção, proteção e apoio ao AM e AC de acordo com a realidade de cada local e estimular a construção das relações de cooperação entre a equipe e os diferentes níveis de atenção, por meio do apoio matricial e da construção de linhas de ação.

## **2 – Outras ações importantes:**

- a) Sensibilizar os gestores estaduais e municipais para implantar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil como instrumento para a promoção de uma alimentação complementar saudável;
- b) Sensibilizar e mobilizar os profissionais de saúde e outros profissionais atuantes nas UBS envolvidos na temática quanto à relevância da efetiva implantação da Estratégia Alimenta e Amamenta Brasil;
- c) Divulgar os materiais de apoio elaborados pelo Ministério da Saúde para contribuir na implantação da Estratégia Alimenta e Amamenta Brasil;
- d) Acompanhar o processo de implantação da Estratégia Alimenta e Amamenta Brasil nos Estados e municípios por meio de indicadores previamente definidos;
- e) Monitorar e avaliar o processo de implantação da Estratégia Alimenta e Amamenta Brasil por meio do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional Web e outros instrumentos pactuados.

## **3 – Qualificação e implantação:**

Para alcançar a efetividade da proposta, a partir do segundo semestre de 2012, estão previstas as seguintes atividades:

- a) Realizar uma oficina de formação de facilitadores nacionais que serão responsáveis por apoiar os Estados na capacitação da estratégia;
- b) Realizar duas oficinas macrorregionais para formar tutores de todos os Estados;
- c) Realizar 50 oficinas de formação de tutores estaduais com apoio do Ministério da Saúde.

A rede de multiplicadores formados nos Estados tem a responsabilidade de replicar a estratégia no âmbito dos municípios e de suas UBS.

No segundo semestre de 2013, estará disponível um curso de educação à distância (EAD) sobre aleitamento materno e alimentação complementar que será o instrumento de integração para os tutores já formados na Rede Amamenta e/ou na Estratégia Nacional para Promoção da Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). Essa é mais uma ferramenta de educação permanente para os profissionais da Atenção Básica.

### **Incentivos financeiros:**

Os Estados e municípios com mais de 150 mil habitantes podem utilizar recursos do Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN) para a implementação da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil em nível local (Portaria do FAN nº 2.685, de 16 de novembro de 2011).

Com vistas a apoiar financeiramente os municípios que ainda apresentam altos índices de desnutrição infantil para estruturação e qualificação da atenção nutricional às crianças menores de cinco anos, foi instituída a **Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil – ANDI** (Portaria GM nº 2.387, de 18 de outubro de 2012).

### **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria do FAN nº 2.685, de 16 de novembro de 2011. Estabelece o repasse anual fundo a fundo para a estruturação e implantação das ações de alimentação e nutrição no âmbito das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 17 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012. Institui a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil em municípios com maior prevalência de déficit ponderal em crianças menores de 5 (cinco) anos de idade. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 18 out. 2012.

### **Contatos:**

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição  
Correio eletrônico: [cgan@saude.gov.br](mailto:cgan@saude.gov.br)  
Telefone: (61) 3315-9036  
<http://nutricao.saude.gov.br>

## **Ação 30: implementar a Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil**

**Para quem:** municípios com menos de 150 mil habitantes que apresentam maior número de casos de baixo e muito baixo peso para idade (déficit ponderal) em crianças menores de cinco anos, de acordo com informações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no ano de 2011, que realizaram adesão simplificada em 2012 por meio do sistema <http://dab.saude.gov.br/sistemas/andi/>.

**Produto:** ações de atenção à saúde da criança e de organização da atenção nutricional na Atenção Básica estruturadas e qualificadas.

**Para que serve:** a Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI) objetiva apoiar os municípios para estruturação e qualificação de ações que abrangem os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, diagnóstico e tratamento da desnutrição e outros agravos nutricionais que possam coexistir associados às demais ações de atenção à saúde da criança menor de 5 (cinco) anos de idade, em consonância com as agendas da Ação Brasil Carinhoso e da Rede Cegonha. As ações prioritárias são: vigilância alimentar e nutricional; acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa-Família; investigação dos casos de desnutrição e atraso do desenvolvimento infantil; organização do cuidado à criança desnutrida; promoção da alimentação saudável; prevenção de carências de micronutrientes.

### **Incentivos financeiros:**

A participação dos municípios nesta agenda foi condicionada à adesão com pactuação de metas relacionadas à organização da atenção nutricional à criança desnutrida que serão avaliadas anualmente durante a vigência (24 meses) a contar da data de homologação da adesão (publicada em portaria). Os municípios que aderiram à agenda receberão recursos financeiros mediante o cumprimento das metas pactuadas na adesão que serão avaliadas anualmente, de acordo com o porte populacional do município:

Tabela 4 – Repasse anual de acordo com o porte populacional

<b>População (mil habitantes)</b>	<b>Valor do repasse anual</b>
Até 10	R\$ 45.000,00
De 10 até 40	R\$ 60.000,00
De 40 até 80	R\$ 80.000,00
De 80 até 150	R\$ 100.000,00

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

## **Legislação:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012. Institui a Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil em municípios com maior prevalência de déficit ponderal em crianças menores de 5 (cinco) anos de idade. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 19 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.301, de 27 de novembro de 2012. Homologa a adesão de municípios à Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil e autoriza a transferência de recursos financeiros aos municípios do Grupo I referentes ao exercício financeiro 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 28 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.355, de 6 de dezembro de 2012. Homologa a adesão dos municípios do Grupo I e Grupo II, relacionados no Anexo a esta portaria, que apresentam população inferior a 150 mil habitantes e maior número de casos de baixo e muito baixo peso para idade (déficit ponderal) em crianças menores de 5 (cinco) anos de idade, segundo o índice antropométrico peso-para-idade, a partir do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no ano de 2011, à Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil, conforme disposto na Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, 7 dez. 2012.

## **Informações:**

<http://dab.saude.gov.br/sistemas/andi/>

## **Contato:**

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição  
Correio eletrônico: [cgan@saude.gov.br](mailto:cgan@saude.gov.br)  
Telefones: (61) 3315-9010/9012