MINISTÉRIO DA SAÚDE



PASSO A PASSO

DAS AÇÕES DO DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

Versão Preliminar

2 a edição revista e ampliada

Brasília-DF 2015

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

Versão Preliminar Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica

2 a edição revista e ampliada

Série E. Legislação de Saúde



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) 10
Ação 3 – Ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica (AB) – recurso <i>per capita</i> – PAB Fixo 13
Ação 4 – Ampliar a cobertura da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) em todo o território brasileiro15
Ação 5 – Ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica por meio de equipes de Saúde da Família (eSF)18
Ação 6 – Ampliar o acesso da população ribeirinha à Atenção Básica à saúde por meio das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR)
Ação 7 – Ampliar o acesso da população ribeirinha à Atenção Básica à saúde por meio de implantação das unidades básicas de saúde fluviais (UBSF) 28
Ação 8 – Ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)
Ação 9 – Financiar e apoiar a implantação e implementação do Programa Academia da Saúde37
Ação 10 – Ampliar e qualificar a Atenção Domiciliar – Melhor em Casa 41
Ação 11 – Ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde por meio das equipes de Consultório na Rua44
Ação 12 – Ampliar o acesso da equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica 48
Ação 13 – Implantar Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) – Programa Brasil Sorridente 52
Ação 14 – Incluir procedimentos de ortodontia/ortopedia e implante dentário no Centro de Especialidades Odontológicas 56
Ação 15 - Viabilizar adesão do CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência 58
Ação 16 – Cadastrar Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) – Brasil Sorridente61
Ação 17 – Ampliar o acesso às Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde 64
Ação 18 – Implantar o Programa Saúde na Escola (PSE) 68
Ação 19 – Organizar a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) 70
Ação 20 – Implantar o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)
Ação 21 – Acompanhar as condicionalidades da saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família

Ação 22 – Implantar o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A 80
Ação 23 – Implantar e implementar a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável – Amamenta e Alimenta Brasil
Ação 24 – Implementar a Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil
Ação 25 – Implantar a Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em pó (NutriSUS)89
Ação 26 – Apoiar a estruturação e implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)
Ação 27 – Estruturar o cuidado às pessoas com doenças crônicas 93
Ação 28 – Qualificar o uso da informação em saúde por meio da estratégia e- SUS Atenção Básica (e-SUS AB)98
Ação 29 – Utilizar o Telessaúde Brasil Redes para ampliar a resolutividade clínica das equipes de Atenção Básica e promover sua integração com regulação e com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde (RAS)
Ação 30 – Implantar o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) 107
Saúde (Requalifica UBS)107
Saúde (Requalifica UBS)
Saúde (Requalifica UBS)
Saúde (Requalifica UBS)

Ação 1 – Induzir a melhoria do acesso e qualidade dos serviços na Atenção Básica (AB)

O que é:

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

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

Objetivos:

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

Como implantar o PMAQ – passo a passo:

Passo 1

Adesão dos municípios e das equipes de saúde a partir da contratualização/recontratualização de compromissos a serem firmados entre as equipes de Atenção Básica (incluindo as equipes de Saúde Bucal e os NASF) e os gestores municipais, e desses com o Ministério da Saúde, em um processo que envolve pactuação local.

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. A partir da adesão ao programa, o município 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. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica – AMAQ**: material de apoio à autoavaliação para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, AB Parametrizada e Saúde Bucal). Brasília, 2013. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq2013.pdf. Acesso em: 9 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica – AMAQ**: material de apoio à autoavaliação para as equipes dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília, 2013. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/AMAQ_CEO.pdf. Acesso em: 9 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica – AMAQ**: material de apoio à autoavaliação para as equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Brasília, 2013. (Série B. Textos básicos de saúde). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq_nasf.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_CEO.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ**): manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família, Saúde Bucal e equipes parametrizadas) e NASF. Brasília, 2013. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf. Acesso em: 9 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: instrumento de avaliação externa para as equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada). Brasília, 2013. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sfp.pdf. Acesso em: 9 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: instrumento de avaliação externa para as equipes de Atenção Básica (Saúde Bucal e Equipe de Saúde Bucal Parametrizada). Brasília, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_sb.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: instrumento de avaliação externa para os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Brasília, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_ceo.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: instrumento de avaliação externa para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família — NASF. Brasília, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/instrumento_ae_nasf.pdf>. Acesso em: 9 mar. 2015.

Legislação:

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, n. 22, Seção 1, p. 45, 31 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 261, 21 de fevereiro de 2013. Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 36, Seção 1, p. 55, 22 fev. 2013.

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

Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 64, Seção 1, p. 35, 4 abril 2013.

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

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, n. 181, Seção 1, p. 79, 20 set. 2011.

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, n. 204, Seção 1, p. 66, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 866, de 3 de maio de 2013. Altera o prazo para solicitação da avaliação externa no programa de melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB) e as regras de classificação da certificação das equipes participantes do Programa. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 86, Seção 1, p. 56, 4 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.234, de 20 de junho de 2013. Define o valor mensal integral do incentivo financeiro do PMAQ-CEO, denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 118, Seção 1, p. 50, 21 jun. 2012.

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, n. 138, Seção 1, p. 79, 20 jul. 2011.

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, Seção 1, p. 74, 14 out. 2011.

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, n. 204, Seção 1, p. 48-55, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.838, de 1º de dezembro de 2011. Institui a programação visual padronizadadas Unidades de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 231, Seção 1, p. 37, 2 dez. 2011.

Contatos:

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

Site: http://dab.saude.gov.br/ E-mail: pmaq@saude.gov.br Telefones: (61) 3315-9088/5905

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 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. Essa estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materna e infantil no País. Sua implantação será feita gradativamente em todo o território nacional, respeitando o critério epidemiológico, a taxa de mortalidade infantil e a razão mortalidade materna e densidade populacional.

Os quatro componentes da Rede Cegonha são:

- 1) pré-natal;
- 2) parto e nascimento;
- 3) puerpério e atenção integral à saúde da criança; e
- 4) sistema logístico (transporte sanitário e regulação).

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, a adesão regional 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.

Em 2012, a adesão ao 2º ciclo do PMAQ contemplou, automaticamente, a adesão de 5.077 municípios aos componentes pré-natal e puerpério/atenção integral à saúde da criança da Rede Cegonha.

Como fazer a adesão integrada – passo a passo:

Passo 1 Seguir os mesmos passos de adesão ao PMAQ.

Passo 2 Solicitar acesso ao SISPRENATAL WEB por meio do endereço eletrônico: www.saude.gov.br/sisprenatal para cadastrar a gestante no

	pré-natal, parto e puerpério, nas unidades de saúde públicas ou conveniadas ao SUS.
Passo 3	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.

Os municípios aderidos aos componentes pré-natal e puerpério/atenção integral à saúde da criança, assumem os compromissos firmados por meio do Termo de Compromisso do PMAQ, conforme segue abaixo:

Componente pré-natal:

- Realizar pré-natal na Atenção Básica com captação precoce da gestante e qualificação da atenção, incluindo a implantação do teste rápido de gravidez;
- Garantir a realização de consultas pré-natal e de ações educativas grupais com foco nos seguintes temas: vantagens do parto normal; aleitamento materno; atividade física; saúde sexual e reprodutiva; saúde bucal; violência doméstica e sexual; e alimentação saudável para todas as gestantes do território.
- Acolher as gestantes com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidades.
- Garantir o acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno.
- Realizar exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno.
- Favorecer a vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto, promovendo visita durante o pré-natal ao local do parto.
- Implementar estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva e violência doméstica e sexual.
- Promover ações de prevenção, diagnóstico e tratamento oportunos das DST/HIV/Aids, em especial para a sífilis, e hepatites virais, incluindo a implantação dos testes rápidos de sífilis e HIV na Atenção Básica.

Componente puerpério e atenção integral à saúde da criança:

- Favorecer a promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável.
- Promover o acompanhamento da puérpera e da criança na Atenção Básica, com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento.
- Efetuar a busca ativa de crianças vulneráveis.

- Promover o cumprimento do calendário básico de vacinação e a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil de todas as crianças até os 24 meses.
- Realizar ações educativas sobre aleitamento materno, atividade física, saúde sexual e reprodutiva, saúde bucal, violência doméstica e sexual, alimentação saudável e saúde das crianças para todas as puérperas do território.
- Implementar estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual, saúde reprodutiva e violência doméstica e sexual.
- Promover ações de prevenção, diagnóstico e tratamento oportunos das DST/HIV/Aids, em especial para a sífilis congênita, e hepatites virais.
- Promover orientação e oferta de métodos contraceptivos, incluindo anticoncepção de emergência.

Legislação:

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

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

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, n. 193, Seção 1, p. 58, 6 out. 2011.

Contatos:

Área Técnica de Saúde da Mulher/DAPES

E-mail: saude.mulher@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9101

Área Técnica de Saúde da Criança/DAPES

E-mail: crianca@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9070

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)

E-mail: dab@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-5905

Ação 3 – Ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica (AB) – recurso *per capita* – PAB Fixo

O que é:

Recurso financeiro referente à parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB Fixo), *per capita*, 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 é 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 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, é definido conforme pontuação calculada segundo critérios definidos em portaria.

- I O valor mínimo passa para R\$ 28,00 (vinte e oito reais) por habitante ao ano para municípios com pontuação menor que 5,3 e população de até 50 mil habitantes.
- II O valor mínimo passa para R\$ 26,00 (vinte e seis reais) por habitante ao ano para: municípios com pontuação entre 5,3 e 5,8 e população de até 100 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,3 e população entre 50 e 100 mil habitantes.
- III O valor mínimo passa para R\$ 24,00 (vinte e quatro reais) por habitante ao ano para: municípios com pontuação entre 5,8 e 6,1 e população de até 500 mil habitantes; e municípios com pontuação menor que 5,8 e população entre 100 e 500 mil habitantes.
- IV O valor mínimo permanece em R\$ 23,00 (vinte e três reais) por habitante ao ano para municípios não contemplados nos itens anteriores.

Legislação:

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, n. 22, Seção 1, p. 45-50, 31 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.409/GM, de 10 de julho de 2013. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e

mensais da parte fixa do PAB. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 132, Seção 1, p. 267, 11 jul. 2013.

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, n. 204, Seção 1, p. 48-55, 24 out. 2011.

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)

E-mail: dab@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-5905

Ação 4 – Ampliar a cobertura da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) em todo o território brasileiro

O que é:

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

De acordo com os dados relativos à competência de dezembro de 2014 (CNES), existem mais de 265 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 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), é item necessário para implantação da EACS a existência de um enfermeiro para até, no máximo, 12 e, no mínimo, 4 ACS.

Como implantar equipes de ACS – passo a passo:

	O município deverá elaborar projeto contendo as seguintes informações:
	 a) área geográfica a ser coberta, com estimativa da população residente;
	b) descrição da estrutura mínima com que contarão as UBS onde atuarão os ACS;
	c) definição das ações mínimas a serem desenvolvidas pelo ACS;
Passo 1	 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, alterada recentemente pela Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014.
	g) contrapartida de recursos do município e do Distrito Federal.
Passo 2	A Secretaria Municipal de Saúde envia o projeto para análise da respectiva Secretaria Estadual de Saúde.
Passo 3	A Secretaria Estadual de Saúde deverá proceder à análise e posterior encaminhamento do projeto para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB)/Comissão Intergestores Regional (CIR).

Passo 4	Após aprovação na CIB/CIR, a Secretaria de Saúde dos estados envia ofício com a resolução da CIB/CIR para o Ministério da Saúde.
Passo 5	O Ministério da Saúde publica portaria credenciando o município no Diário Oficial da União.
Passo 6	O município cadastra os ACS no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme define a Portaria nº 750/SAS, observando a tabela de Terminologia de Vínculos Profissionais existente no referido sistema (Portaria nº 121, de 11 de fevereiro de 2015).
Passo 7	O município começa a receber os recursos referentes ao número de ACS implantados (informados no SCNES) com vínculo direto, mas, para manutenção dos recursos, é preciso alimentar mensalmente os sistemas de informações nacionais.

Segundo o 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 aprovadas pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde ou Conselho de Saúde do Distrito Federal.

Incentivos financeiros:

O incentivo será repassado do Fundo Nacional de Saúde aos fundos municipais de Saúde, conforme valor definido na Portaria nº 260/GM, 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.

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, 2009. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2015.

Legislação:

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, n. 193, Seção 1, p. 1-2, 6 out. 2006. Alterada pela Lei nº 12.994 de 17 de junho de 2014.

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, n. 22, Seção 1, p. 45-50, 31 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 314/GM, de 28 de fevereiro de 2014. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de agentes comunitários de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 43, Seção 1, p. 44, 5 mar. 2014.

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, n. 197, Seção 1, p. 79-82, 13 out. 2006.

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, n. 204, Seção 1, p. 48-55, 24 out. 2011.

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)

Site: http://dab.saude.gov.br/ E-mail: dab@saude.gov.br Telefones: (61) 3315-5905

Ação 5 – Ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica por meio de equipes de Saúde da Família (eSF)

O que é:

Estratégia prioritária para organização da Atenção Básica no país. 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 compostas por, no mínimo: médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem-se acrescentar a essa composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião dentista generalista ou especialista em saúde da família; e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Além da inserção integral (jornada de 40 horas semanal para todos os profissionais da equipe mínima), são admitidas também outras 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. São elas:

- 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;
- 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;
- 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;
- 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;
- um médico cumprindo jornada de 20 horas semanais e demais profissionais com jornada de 40 horas semanais, com repasse mensal equivalente a 60% do incentivo financeiro referente a uma equipe de Saúde da Família. Tendo em vista a presença do médico em horário parcial, o gestor municipal deve organizar os protocolos de atuação da equipe, os fluxos e a retaguarda assistencial, para atender a essa especificidade. Além disso, é recomendável

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

Como implantar a Estratégia Saúde da Família (ESF) – passo a passo:

	O município deverá elaborar projeto contendo as seguintes informações:
Passo 1	 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 deverá proceder à análise e posterior encaminhamento do projeto para aprovação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB)/Comissão Intergestores Regional (CIR).
Passo 4	Após aprovação na CIB/CIR, a Secretaria de Saúde dos Estados envia planilha para o Ministério da Saúde.
Passo 5	O Ministério da Saúde publica o credenciamento do município no <i>Diário Oficial da União</i> .
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 nas nº 978, de 16 de maio de 2012; nº 650, de 28 de março de 2006; e nº 1.834, de 27 de agosto de 2013. Ressalta-se, ainda, que, para fazer jus aos referidos incentivos financeiros, a equipe deverá manter alimentação regular os sistemas de informação vigentes.

Modalidade 1:

- Incentivo de implantação por equipe: R\$ 20.000,00 (parcela única).
- 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.

Equipes com profissionais médicos integrantes de Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB); Programa Mais Médicos:

- Incentivo de implantação por equipe: R\$ 20.000,00 (em duas parcelas de R\$ 10.000,00).
- Incentivo de custeio mensal por equipe: R\$ 14.000,00, sendo R\$ 10.000,00 pago direto para a bolsa do médico e R\$ 4.000,00 repassado fundo a fundo para o município.

Publicações:

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012.

Legislação:

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, n. 181, Seção 1, p. 79, 20 set. 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, n. 95, Seção 1, p. 73, 17 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.834, de 27 de agosto de 2013. Institui e redefine valores diferenciados de custeio às equipes de Saúde da Família que possuem profissionais médicos integrantes de programas nacionais de provimento. **Diário Oficial da União**, Brasília, N. 166, Seção 1, p.34-35, 28 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.355, de 10 de outubro de 2013. Altera a fórmula para cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, N. 198, Seção 1, p. 38, 11 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 204, Seção 1, p. 48-55, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.887/GM, de 20 de dezembro de 2012. Dispõe sobre o processo de implantação e credenciamento das Equipes de Atenção Básica nos Municípios e no Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 246, Seção 1, p. 747, 21 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.920/GM/MS, de 2 de dezembro de 2008. Estabelece recursos financeiros para Municípios com Equipes de Saúde da Família que atuem em áreas priorizadas para o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 235, Seção 1, p. 65, 3 dez 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 90, de 17 de janeiro de 2008. Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por Município, para cálculo do teto de Equipes de Saúde da Família, Modalidade I, e de equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 13, Seção 1, p. 97-101, 18 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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, n. 22, Seção 1, p. 45-50, 31 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 750, 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, n. 197, Seção 1, p. 79-82, 13 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 822, de 17 de abril de 2006. Altera critérios para definição de modalidades das eSF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 74, Seção 1, p. 98-110, 18 abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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, n. 61, Seção 1, p. 76-127, 29 mar. 2006.

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)

Site: http://dab.saude.gov.br/ E-mail: dab@saude.gov.br Telefones: (61) 3315-5905

Ação 6 – Ampliar o acesso da população ribeirinha à Atenção Básica à saúde por meio das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR)

O que é:

As Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) desempenham a maior parte de suas funções em unidades básicas de saúde (UBS) localizadas em comunidades pertencentes à área adscrita, cujo acesso se dá por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender às comunidades dispersas no território.

Durante todo o período de atendimento à população, as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas deverão ser compostas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro e um auxiliar ou técnico de enfermagem. Nas regiões endêmicas, devem contar, ainda, com um microscopista. Podem também incluir equipe de Saúde Bucal.

As equipes de Saúde da Família Ribeirinhas deverão prestar atendimento à população por, no mínimo, 14 dias mensais (carga horária equivalente a 8h/dia) e 2 dias para atividade de educação permanente, registro de produção e planejamento de ações.

Destinam-se, especialmente, a atender as populações ribeirinhas na Amazônia Legal e no Pantanal Sul-Mato-Grossense.

Como implantar as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) – passo a passo:

O município deverá elaborar projeto contendo as seguintes informações: a) indicação do território a ser coberto, com estimativa da população residente nas comunidades adscritas e os rios do circuito de deslocamento: b) número de profissionais em quantitativo compatível com sua capacidade de atuação, apresentando-se a localidade que ficará sob sua responsabilidade e a estimativa de pessoas cobertas pela atuação; c) programação de viagens em cada ano, com itinerário das Passo 1 comunidades atendidas, considerando-se o retorno da eSFR a cada comunidade, ao menos, a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a execução das ações de Atenção Básica; d) descrição da organização das ofertas e ações da equipe, a fim de garantir a continuidade do atendimento da população; e) descrição de como a gestão municipal do SUS apoiará a eSFR no acompanhamento dos principais indicadores da Atenção Básica e na qualificação de seu trabalho; nos arranjos em que a eSFR contar com unidades de saúde de apoio para o atendimento, relação da quantidade e

comunidades em que estão localizadas no cadastro

Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica à qual esta equipe está vinculada no Sistema do Cadastro Nacional Estabelecimentos de Saúde (SCNES); g) nos arranjos em que a eSFR contar com embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento das equipes, relação da quantidade e seus respectivos números, no cadastro do Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica a qual esta equipe está vinculada no SCNES; h) indicação do município-sede que receberá os recursos federais, no caso de a eSFR atender mais de um município; e indicação de como garantirá a referência dos usuários aos serviços de saúde, detalhando, principalmente, a organização da rede para o atendimento de urgência às comunidades ribeirinhas. A Secretaria Municipal de Saúde envia as informações para análise da Passo 2 Secretaria Estadual de Saúde. A Secretaria Estadual de Saúde deverá proceder à análise e posterior encaminhamento do projeto para aprovação da Comissão Intergestores Passo 3 Bipartite (CIB)/Comissão Intergestores Regional (CIR). Após aprovação na CIB/CIR, a Secretaria de Saúde dos Estados envia planilha para o Ministério da Saúde com as eSFR a serem credenciadas Passo 4 e, se for o caso, a composição da equipe ampliada e o número de embarcações e unidades de apoio vinculadas a estas equipes. O Ministério da Saúde publica o credenciamento do município no Diário Passo 5 Oficial da União. O município inscreve os profissionais da eSFR no sistema de Cadastro Passo 6 Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O município comeca a receber os recursos referentes ao número de eSFR implantadas e informadas no CNES, mas, para manutenção dos Passo 7 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 aprovadas pelo respectivo Conselho Municipal de Saúde ou Conselho de Saúde do Distrito Federal.

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.
- O valor do incentivo específico para as equipes compostas também por 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 incentivo financeiro referente aos agentes comunitários de saúde ou microscopistas que integrarem as eSFR corresponderá ao valor de R\$ 1.014,00 (um mil e quatorze reais), a cada mês, por profissional.
- O valor do incentivo financeiro aos profissionais que poderão se agregar à composição mínima das eSFR é distribuído conforme a Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 – Composição mínima das equipes e incentivo referente

Profissionais	Número máximo de cada categoria	Valor do incentivo federal unitário
Agente comunitário de saúde	24	R\$ 1.014,00
Microscopistas	12	R\$ 1.014,00
Auxiliar ou técnico de enfermagem	11	R\$ 1.500,00
Técnico em saúde bucal	1	R\$ 1.500,00
Profissional de Nível Superior (enfermeiro e/ou profissionais entre os previstos na relação de profissões para os NASF)	2	R\$ 2.500,00

Fonte: Portaria de nº 837, de 9 de maio de 2014.

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 ESFR ampliada, para avaliação do DAB/MS, além de resolução da CIB homologando a solicitação de ampliação.

- Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, as ESFR receberão incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:
 - até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas a um estabelecimento de saúde de Atenção Básica, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção de forma descentralizada;
 - até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao estabelecimento de saúde de Atenção Básica.
- O incentivo financeiro de custeio para logística será baseado no número de unidades de apoio e embarcações vinculados ao estabelecimento de saúde, com o valor de um quarto (¼) da modalidade I (R\$ 2.673,75) por unidade.
- Os municípios que utilizarem embarcações para o deslocamento dos profissionais com porte diferenciado ou que agreguem ambientes extras como camarotes, cozinha ou banheiros, devem enviar proposta com planos da embarcação, contendo fotos dos ambientes nela contidos e justificativa de valor do incentivo federal que não ultrapasse o teto estabelecido. O pleito deverá ser homologado pela CIB/CIR e será encaminhado ao DAB/SAS/MS,

- para fins de avaliação de conformidade com o Plano de Implantação previsto na Portaria nº 837, de 11 de maio de 2014, e posterior homologação.
- As unidades de apoio e as embarcações para deslocamento dos profissionais devem ser identificadas conforme programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS, fixada nos termos da Portaria nº 2.838, de 1º de dezembro de 2011.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.229, de 6 de junho de 2014. Define os valores do incentivo financeiro mensal de custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR), das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) e das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 108, Seção 1, p. 34-35, 9 jun. 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 204, Seção 1, p. 48-55, 24 out. 2011.

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, n. 246, Seção 1, p. 68-71, 23 dez. 2011.

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, n. 142, Seção 1, p. 31-32, 24 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.238, 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 (EACS) e/ou às Equipes de Saúde da Família (ESF). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 245, Seção 1, p. 61-62, 23 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.599, de 9 de julho de 2011. Define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica Variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Agentes Comunitários de Saúde, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 131, Seção 1, p. 50, 11 jul. 2011.

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB) Site: http://dab.saude.gov.br/ E-mail: 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)

O que é:

Equipes de Atenção Básica que desempenham suas funções em unidades básicas de saúde fluviais (UBSF).

Como implantar as UBSF no município – passo a passo:

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

- Projeto de Implantação da Equipe de Saúde da Família Fluvial (eSFF), com itinerário da Unidade de Saúde da Família Fluvial (UBSF). O projeto deve apresentar:
 - a) território a ser coberto, com estimativa da população residente, com estimativa da população residente nas comunidades adscritas;
 - b) número de agentes comunitários de saúde em quantitativo compatível com sua capacidade de atuação, apresentando a localidade de sua responsabilidade e estimativa de pessoas por ACS;
 - c) programação de viagens/ano com itinerário das comunidades atendidas, considerando o retorno da equipe de Saúde da Família Fluvial, ao menos, a cada 60 dias, conforme previsto na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011:
 - d) circuito de deslocamento da unidade, especificando comunidades ribeirinhas a serem atendidas e os rios os quais a UBSF percorrerá;
 - e) proposta de fluxo dos usuários para garantia de referência aos serviços de saúde, detalhando, principalmente, como será garantido atendimento de urgência (disponibilidade de ambulanchas para atendimento às comunidades ribeirinhas);
 - f) descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais das eSFF;
 - g) listagem da equipe de saúde que prestará atendimento à população;
 - h) descrição da organização das ações da equipe, a fim de garantir a continuidade do atendimento à população, como o pré-natal e a puericultura, dentro dos padrões mínimos recomendados;
 - i) descrição de como a gestão municipal apoiará a eSFF no acompanhamento dos principais indicadores da Atenção Básica e na qualificação do trabalho das equipes;
 - j) estrutura física e equipamentos que estarão disponíveis na unidade básica de saúde fluvial; e
 - 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.

Passo 1

2) Projeto da embarcação:

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

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

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

A Secretaria Estadual de Saúde (SES) submete o pleito do município à apreciação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

A CIB envia a resolução CIB e o restante da documentação solicitada para o Ministério da Saúde.

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 4

Passo 5

Passo 6

Passo 7	O município inscreve a unidade básica de saúde fluvial e os profissionais da eSFF no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).
Passo 8	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, independentemente do número de equipes. O valor do incentivo refere-se à quantidade de UBSF cadastrada por município, sendo:

- R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) para as ESFF sem profissionais de saúde bucal;
- II R\$ 70.000,00 (setenta mil reais) por ESFF de municípios com profissionais médicos integrantes de Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e Programa Mais Médicos;
- III R\$ 90.000,00 (noventa mil reais) para ESFF com profissionais de saúde bucal; e
- IV R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais) por ESFF com equipe de Saúde Bucal de municípios com profissionais médicos integrantes de Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e Programa Mais Médicos.

Em caso de necessidade de ampliação da equipe de Saúde da Família Fluvial, o valor do incentivo financeiro que poderá ser agregado é apresentado na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2 – Composição mínima das equipes e incentivo referente

Profissionais	Número máximo de cada categoria	Valor do incentivo federal unitário
Agente comunitário de saúde	24	R\$ 1.014,00
Microscopistas	12	R\$ 1.014,00
Auxiliar ou técnico de enfermagem	11	R\$ 1.500,00
Técnico em saúde bucal	1	R\$ 1.500,00
Profissional de Nível Superior (enfermeiro e/ou profissionais entre os previstos na relação de profissões para os NASF)	2	R\$ 2.500,00

Fonte: Portaria de nº 837, de 9 de maio de 2014.

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.

- O valor do incentivo financeiro referente aos agentes comunitários de saúde ou microscopistas que integrarem as eSFF corresponderá ao valor de R\$ 1.014,00 (um mil e quatorze reais), a cada mês, por profissional;
- Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência, as ESFF receberão incentivo financeiro de custeio para logística, considerando a existência das seguintes estruturas:
 - até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas a um estabelecimento de saúde de Atenção Básica, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s) onde será realizada a atenção de forma descentralizada; e
 - até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais de saúde da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao estabelecimento de saúde de Atenção Básica.
- O incentivo financeiro de custeio para logística será baseado no número de unidades de apoio e embarcações vinculados ao estabelecimento de saúde, com o valor de um quarto (¼) da modalidade I (R\$ 2.673,75) por unidade.
- Os municípios que utilizarem embarcações para o deslocamento dos profissionais com porte diferenciado ou que agreguem ambientes extras como camarotes, cozinha ou banheiros devem enviar proposta com planos da embarcação, contendo fotos dos ambientes nela contidos e justificativa de valor do incentivo federal que não ultrapasse o teto estabelecido. O pleito deverá ser homologado pela CIB/CIR e será encaminhada ao DAB/SAS/MS, para fins de avaliação de conformidade com o Plano de Implantação previsto na Portaria nº 837, de 11 de maio de 2014, e posterior homologação.
- As unidades de apoio e as embarcações para o deslocamento dos profissionais devem ser identificadas conforme programação visual padronizada das unidades de saúde do SUS, fixada nos termos da Portaria nº 2.838, de 1º de dezembro de 2011.

Legislação:

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.229, de 6 de junho de 2014. Define os valores do incentivo financeiro mensal de custeio das Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (ESFR), das Equipes de Saúde da Família Fluviais (ESFF) e das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 108, Seção 1, p. 34, 9 jun. 2014.

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, n. 142, Seção 1, p. 31-32, 24 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 204, Seção 1, p. 48-55, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.238, 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 (EACS) e/ou às Equipes de Saúde da Família (ESF). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 245, Seção 1, p. 61-62, 23 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à 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, n. 246, Seção 1, p. 68-71, 23 dez. 2011.

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)

Site: http://dab.saude.gov.br/ E-mail: dab@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-5905

Ação 8 – Ampliar o acesso da população brasileira à Atenção Básica por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)

O que é:

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) visam aumentar a resolutividade e a qualidade da Atenção Básica, ampliando o repertório de ações das equipes, a capacidade de cuidado de cada profissional e o acesso da população a ofertas mais abrangentes e próximas das suas necessidades.

Composição:

O NASF deve ser constituído por uma equipe na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuem em conjunto com os das equipes de Saúde da Família (eSF), compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade dessas equipes. Tal composição deve ser definida em conjunto pelos próprios gestores municipais e pela 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 NASFs: profissional/professor de educação física, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, assistente social, psicólogo, fonoaudiólogo, médico psiquiatra, 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 e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitarista.

Modalidades:

- Modalidade I: vinculada a, no mínimo, 5 (cinco) e a, no máximo, 9 (nove) equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais). As equipes do NASF 1 devem ser formadas por profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: i) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 200 (duzentas) horas semanais; ii) nenhum profissional deve ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e iii) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 (vinte) horas e, no máximo, 80 (oitenta) horas de carga horária semanal.
- Modalidade II: vinculada a, no mínimo, 3 (três) e a, no máximo, 4 (quatro) eSF e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais). As equipes do NASF 2 devem ser formadas por profissionais de nível superior que reúnam as seguintes condições: i) a soma das cargas horárias semanais dos membros da equipe deve acumular, no mínimo, 120 (cento e vinte) horas semanais; ii) nenhum profissional deve ter carga horária semanal menor que 20 (vinte) horas; e iii) cada ocupação, considerada isoladamente, deve ter, no mínimo, 20 (vinte) horas e, no máximo, 40 (quarenta) horas de carga horária semanal.

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

Observações:

- 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.

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

	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;
Passo 1	 c) definição dos profissionais que irão compor as equipes do NASF e as principais atividades a serem desenvolvidas, de acordo com o diagnóstico de território citado acima;
	 d) descrição de quais eSF serão vinculadas, bem como o código do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) da unidade básica de saúde em que o NASF será credenciado;
	 e) descrição de uma proposta de agenda para o início do trabalho compartilhado entre as eSF e as equipes do NASF;
	 f) descrição da forma de recrutamento, seleção, contratação e carga horária dos profissionais do NASF.
Passo 2	O município submete o projeto para aprovação do Conselho Municipal de Saúde – caso a implantação de NASF não esteja contemplada no Plano Municipal de Saúde, já aprovado pelo referido Conselho.

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) no prazo máximo de 30 (trinta) dias após a data do protocolo de entrada do projeto de implantação.
Passo 5	A Secretaria Estadual de Saúde envia ofício com a resolução da CIB 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 <i>Diário Oficial da União</i> .
Passo 7	O município cadastra no CNES os profissionais que atuarão no NASF.
Passo 8	Apenas após o MS publicar a portaria de credenciamento das equipes do NASF e o município cadastrar essas equipes no CNES, elas serão consideradas implantadas efetivamente e, por isso, é necessário atender a essas duas condições para que o incentivo financeiro seja repassado. 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. 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).
- o Incentivo de custeio mensal por equipe do NASF: R\$ 20.000,00.

Modalidade II

- o Incentivo de implantação por equipe do NASF: R\$ 12.000,00.
- o Incentivo de custeio mensal por equipe do NASF: R\$ 12.000,00.

Modalidade III

- o Incentivo de implantação por equipe do NASF: R\$ 8.000,00.
- o Incentivo de custeio mensal por equipe do NASF: R\$ 8.000,00.

Legislação:

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 204, Seção 1, p. 48-55, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.124/GM, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) modalidades 1 e 2 às equipes de Saúde da Família e/ou Atenção Básica para populações específicas, cria a modalidade NASF 2, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 251, Seção 1, p. 223, 31 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 198, 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, n. 61, Seção 1, p. 71, 31 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 256, de 11 de março de 2013. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 50, Seção 1, p. 43-44, 14 mar. 2013.

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)

Site: http://dab.saude.gov.br/

E-mail: dab@saude.gov.br ou cggab@saude.gov.br

Telefones: (61) 3315-5905

Ação 9 – Financiar e apoiar a implantação e implementação do Programa Academia da Saúde

O que é:

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

Implantação do Programa Academia da Saúde – passo a passo:

A implantação pode ocorrer por duas formas: por meio de habilitação de propostas para construção de polo; e por meio de habilitação de projetos locais como similares ao programa nacional.

1) Implantação por meio de construção de polo:

Ocorre apenas com a indicação de emenda parlamentar específica e cadastramento de proposta para pleitear o repasse financeiro para a construção de polo do Programa Academia da Saúde. O polo deve ser construído próximo e na área de abrangência da unidade básica de saúde (UBS) de referência, sendo que todas as modalidades a seguir possuem espaço multiuso, de vivência e de equipamentos:

- Modalidade Básica (300 m²): R\$ 80 mil/polo.
- Modalidade Intermediária (312 m²): R\$ 100 mil/polo.
- Modalidade Ampliada (550 m²): R\$ 180 mil/polo.

Atenção:

Detalhes da infraestrutura dos polos e de cada modalidade devem ser consultados na página do programa.

Entre na página www.saude.gov.br/academiadasaude e, acesse os links "Construção de polos" e "Manuais". Lembre-se de acessar o *Manual de Infraestrutura dos Polos*.

Custos da construção superior ou inferior ao incentivo repassado pelo MS:

- Caso o custo final da construção do polo seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada por conta do próprio município ou Distrito Federal.
- Caso o custo final da construção do polo seja inferior ao incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença no valor do recurso poderá ser utilizada pelo município ou Distrito Federal para o acréscimo quantitativo de ações de construção dirigidas exclusivamente ao mesmo polo contemplado.

Como cadastrar proposta de construção de polo – passo a passo:

Passo 1	O proponente, geralmente o secretário de saúde do município ou o técnico, deverá indicar o objeto da emenda parlamentar no endereço eletrônico www.fns.saude.gov.br1		
Passo 2	Cadastrar a proposta por meio do SISMOB, em: http://dab2.saude.gov.br/sistemas/sismob/login.php Caso ainda não tenham sido cadastrados, será necessário cadastrar o prefeito, o engenheiro e o técnico, que receberão senha via e-mail.		
Passo 3	Clicar no botão "Cadastro da proposta" no campo "Academia da Saúde". Em seguida, selecionar "Nova proposta" e preencher todas as informações solicitadas.		
Passo 4	Anexar o documento e as fotos do terreno.		
Passo 5	Vincular a emenda indicada à proposta cadastrada.		
Passo 6	Concluir e enviar proposta para o Ministério da Saúde.		

Atenção:

No período de cadastramento de propostas, o manual instrutivo com o detalhamento de cada passo é disponibilizado em www.saude.gov.br/academiadasaude

Repasses do recurso:

1ª parcela

- Repasse de 20% do valor total aprovado após publicação da portaria de habilitação.
- Finalidade: realizar os trâmites necessários para elaboração dos projetos e desenvolvimento do processo licitatório ou da execução direta, a fim de emitir a Ordem de Início do Servico.

2ª parcela

- Repasse de 60% do valor total aprovado, mediante a apresentação da Ordem de Início do Serviço, e demais informações solicitadas, no FNS para propostas anteriores a 2013 e no Sismob para propostas habilitadas a partir de 2013.
- Finalidade: desenvolvimento e execução da obra.

3ª parcela

- Repasse de 20% do valor total aprovado, mediante o atestado de conclusão da obra, ofício encaminhado à CIB comunicando o término da obra e demais informações solicitadas para propostas habilitadas , no FNS para propostas anteriores a 2013 e no Sismob para propostas habilitadas a partir de 2013.
- Finalidade: realizar a finalização da obra e identificação visual do polo.

¹ Para acessar os sistemas, serão necessários o CNPJ do Fundo Municipal de Saúde ou Prefeitura e suas respectivas senhas. Se o município não possuir a senha do Fundo Municipal de Saúde, deverá entrar em contato com a Divisão de Convênios (Dicon) do seu estado e atualizar o cadastro do município.

Atenção:

O proponente deve acompanhar o andamento da(s) proposta(s) nos sistemas para identificar os pareceres emitidos pelo Ministério da saúde referentes à segunda e à terceira parcelas. Caso haja diligência, deve realizar as devidas adequações e respeitar os prazos fixados.

2) Implantação por meio de processo de similaridade:

A solicitação de reconhecimento de programas locais como similares ao Programa Academia da Saúde ocorre em período específico, quando o Ministério da Saúde realiza abertura de processo de similaridade. O prazo e o sistema de cadastro de propostas de programas em desenvolvimento no Distrito Federal ou em municípios serão divulgados no Portal da Saúde, do Ministério da Saúde, na página eletrônica do Programa Academia da Saúde e no portal do DAB/SAS/MS: http://dab.saude.gov.br/portaldab.

São considerados programas habilitados em portaria específica como similares ao Programa Academia da Saúde aqueles que atendam aos critérios normatizados pelo Ministério da Saúde.

Repasse de incentivo de custeio

O incentivo de custeio será repassado por transferência mensal e regular, fundo a fundo, via Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável) e Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS) após aprovação da solicitação de custeio.

Mediante recebimento de "parecer favorável" para a 3ª parcela de construção de polo e/ou habilitação de proposta de similaridade, os proponentes podem realizar a solicitação de custeio para os polos da seguinte forma:

- Polo em município sem NASF implantado: Piso Variável da Vigilância em Saúde e Promoção da Saúde, repasse de R\$ 3.000,00 mensal por munícipio, independentemente do número de polos. A solicitação de custeio deve seguir trâmite vigente da Secretaria de Vigilância em Saúde e do Programa.
- Polo em município com NASF implantado: Piso Variável da Atenção Básica, repasse de R\$ 3.000,00 mensal por polo. A solicitação de custeio deve seguir trâmites vigentes da Secretaria de Atenção à Saúde e do Programa.

Para solicitar o custeio, convém consultar as informações detalhadas, tais como, orientações para cadastramento no SCNES, no Sistema de Apoio à Implantação de Políticas de Saúde (SAIPS) e para solicitação de custeio à SVS disponíveis na página do programa: www.saude.gov.br/academiadasaude.

Ao município que recebe incentivo de custeio caberá: *i)* implementar o Programa seguindo diretrizes, princípios e eixos de prática já pactuados de forma interfederativa; *ii)* garantir seu funcionamento por no mínimo 40 horas (em pelo menos dois turnos); *iii)* manter vinculados ao polo, minimamente, 1 profissional que atue 40 horas semanais ou 2 profissionais com atuação de 20 horas cada; e *iv)* monitorar o programa e transmitir dados para o SISAB, entre outras atribuições.

Os profissionais que podem estar vinculados diretamente ao programa (no polo ou na UBS com estrutura de apoio de Academia da Saúde) estão listados nas regulamentações do programa. Também podem atuar no Programa outros profissionais da Atenção Básica (ex. de equipes tradicionais, Saúde da Família, NASF, PACS) e demais vinculados ou não ao setor Saúde. Além disso, ressalta-se que o papel do NASF em relação ao programa também é de prestar apoio matricial.

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. Curso de extensão em promoção da saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde. Brasília, 2013. Disponível em: http://goo.gl/JL1hlf>. Acesso em: 18 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de identidade visual Programa Academia da Saúde**. Brasília, 2014. Versão Preliminar. Disponível em: http://goo.gl/ZctQnx. Acesso em: 18 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manuais técnicos de implantação do Programa Academia da Saúde**: infraestutura dos polos. v. 2. Versão Preliminar. Brasília, 2014. Disponível em: http://goo.gl/1mmzcc. Acesso em: 18 mar. 2015.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 218, Seção 1, p. 37-38, 8 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.684, de 8 de novembro de 2013. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos e de custeio no âmbito do Programa Academia da Saúde e os critérios de similaridade entre Programas em Desenvolvimento no Distrito Federal ou no Município e o Programa Academia da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 222, Seção 1, p. 38-43, 14 nov. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 186, de 14 de março de 2014. Altera os Anexos I e II da Portaria nº 24/SAS/MS, de 14 de janeiro de 2014, que redefine as regras para o cadastramento do Programa Academia da Saúde no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 51, Seção 1, p. 73, 17 mar. 2014.

Contatos:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)

Site: www.saude.gov.br/academiadasaude

E-mail: cgan@saude.gov.br

Equipe técnica do Programa Academia da Saúde

E-mail: academiadasaude@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9003/9057

Ação 10 – Ampliar e qualificar a Atenção Domiciliar – Melhor em Casa

O que é:

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

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

Como implantar as equipes de Atenção Domiciliar – passo a passo:

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

Caso o proponente seja a Secretaria Estadual de Saúde, o projeto de adesão/implantação do Programa Melhor em casa ou da Atenção Domiciliar será pactuado em âmbito local, com o gestor municipal de saúde do município que abriga o SAD, e na CIB (na CIR se houver).

Passo 1

O gestor elabora projeto específico de implantação da AD e/ou detalhamento do componente AD do plano de ação da RUE (caso participe). Para elaboração do projeto, ver as Portarias nº 963/2013 e nº 1.505/2013 e o manual instrutivo, disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_melhor_em_casa.php>.

Atentar para o fato de haver duas modalidades de EMAD, definidas conforme o porte populacional:

- EMAD tipo 1: para municípios com mais de 40 mil habitantes; e
- EMAD tipo 2: para municípios com população entre 20 mil e 40 mil habitantes isoladamente, ou para municípios agregados constituindo 20 mil habitantes.

Passo 2	O gestor encaminha o projeto específico de implantação da AD e/ou o detalhamento do componente AD na RUE para a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD). O projeto e a homologação da CIB (quando necessário) devem ser enviados para a CGAD/DAB/SAS/MS por meio do endereço:
	SAF Sul, Quadra 2, Bloco E/F, Ed. Premium Torre II, Auditório, sala 5 CEP 70070-600 Brasília/DF
Passo 3	A Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD) realiza a análise técnica do projeto e demais documentos enviados pelo gestor e publica portaria específica habilitando os estabelecimentos de saúde, com suas respectivas equipes de Atenção Domiciliar.
Passo 4	Conforme Portaria Ministerial nº 761/2013, o gestor local deverá inserir, no Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES), as equipes de EMAD e EMAP no(s) estabelecimento(s) de saúde, de acordo com o indicado no projeto de habilitação e publicado em

Atenção:

portaria.

- ✓ O início do repasse de custeio para as EMAD e EMAP está condicionado aos seguintes critérios:
 - recebimento, análise técnica e aprovação, pelo Ministério da Saúde, do projeto de adesão/implantação ao Programa Melhor em Casa/Atenção Domiciliar;
 - publicação da portaria de habilitação dos estabelecimentos no código
 13.02 Serviço de Atenção Domiciliar (citada no passo 3); e
 - o inclusão, pelo gestor local de saúde, das equipes no SCNES, nos estabelecimentos habilitados em portaria.
- ✓ O projeto e a homologação do CIB devem ser enviados para a Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD/DAB/SAS/MS) por meio do e-mail: melhoremcasa@gmail.com. A cópia impressa deve ser enviada via Correios para o endereço: SAF Sul, Trecho 2, Lotes 5/6, Torre II, Auditório, sala 5 Ed. Premium, Brasília/DF CEP: 70.070-600.

Incentivos financeiros:

Recurso de custeio:

- R\$ 50.000,00 mensais para cada EMAD tipo I implantada;
- R\$ 34.000,00 mensais para cada EMAD tipo II implantada; e
- R\$ 6.000,00 mensais para cada EMAP implantada.

Legislação:

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

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

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

Contatos:

Coordenação-Geral de Atenção Domiciliar (CGAD)

E-mail: melhoremcasa@gmail.com Telefones: (61) 3315-9052/9030 36

Ação 11 – Ampliar o acesso da população em situação de rua aos serviços de saúde por meio das equipes de Consultório na Rua

O que é:

As equipes dos Consultórios na Rua são equipes da Atenção Básica, de composição multiprofissional, com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua.

Essas equipes deverão realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de unidades básicas de saúde do território onde estão atuando. Tais atividades deverão ser sempre articuladas e desenvolvidas em parceria com as demais equipes de Atenção Básica do território (UBS e NASF), dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), da rede de urgência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social, entre outras instituições públicas e da sociedade civil.

As equipes dos Consultórios na Rua deverão cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas, e seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno, em todos os dias da semana.

Composição:

Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais, podendo fazer parte das suas equipes as seguintes profissões:

- a) enfermeiro, psicólogo, assistente social e terapeuta ocupacional.
- b) agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/ professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.

Modalidades:

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

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

Incentivos financeiros:

O incentivo financeiro de custeio mensal para as equipes de Consultório na Rua é estabelecido segundo os seguintes termos:

- I Para a eCR na Modalidade I, será repassado o valor de R\$ 19.900,00 (dezenove mil e novecentos reais) por mês;
- II Para eCR na Modalidade II, será repassado o valor de R\$ 27.300,00 (vinte e sete mil e trezentos reais) por mês; e
- III Para a eCR na Modalidade III, será repassado o valor de R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) por mês.

Como credenciar as equipes de Consultório na Rua – passo a passo:

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:

Passo 1	Realizar projeto(s) de implantação das equipes dos Consultórios na Rua;	
Passo 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;	
Passo 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) ou, quando existir, à Comissão Intergestores Regional (CIR), no prazo máximo de 30 dias;	
Passo 4	Enviar resolução aprovada na CIB/CIR ao Ministério da Saúde (responsabilidade: Secretaria de Saúde do estado); e	
Passo 5	Realizar o cadastro no SCNES das equipes dos Consultórios na Rua e sua vinculação a uma UBS.	

Os municípios que receberam incentivos para implantação do então Consultório de Rua, através das Chamadas de Seleção realizadas pela Área Técnica de Saúde Mental (DAET/SAS/MS), deverão, desde já, realizar o cadastro da equipe no SCNES. Essa equipe deverá ser cadastrada em uma das modalidades de Consultório na Rua, e vinculadas a uma UBS, com a finalidade de terem identificação formal e de facilitar a posterior habilitação e custeio pelo Departamento de Atenção Básica (DAB).

Após 12 meses de funcionamento e da adequação a uma das três modalidades de equipes de Consultório na Rua, os atuais Consultórios de 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.

município deverá enviar ao Departamento Atenção Básica/SAS/MS ofício, assinado pelo secretário Municipal de Saúde, solicitando adequação do Consultório de Rua para Consultório na Rua, Passo 1 indicando a modalidade de equipe a ser credenciada e atestando o período mínimo de 12 meses de funcionamento da equipe a ser credenciada. A Secretaria Municipal de Saúde deverá realizar cadastro da(s) equipe(s) no SCNES, adequando as equipes dos Consultórios de Rua Passo 2 para uma das modalidades de equipe de Consultório na Rua, vinculando-a a uma UBS, caso ainda não tenha sido realizado. Após avaliação, o DAB publicará portaria de credenciamento da equipe de Consultório na Rua, passando a repassar mensalmente o incentivo Passo 3 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.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, n. 246, Seção 1, p. 16-17, 24 dez. 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. 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, n. 96, Seção 1, p. 43, 21 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, n. 135, Seção 1, p. 13, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, n. 69, Seção 1, p. 2, 9 mar. 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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, n. 19, Seção 1, p. 46-47, 26 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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, n. 19, Seção 1, p. 48, 26 jan. 2012.

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, n. 22, Seção 1, p. 45-50, 31 jan. 2007.

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

Diário Oficial da União, Brasília, n. 95, Seção 1, p. 55, 21 maio 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.238, de 6 de junho de 2014. Fixa o valor do incentivo de custeio referente às Equipes de Consultório na Rua nas diferentes modalidades. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 108, Seção 1, p. 43, 9 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 204, Seção 1, p. 48-55, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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, n. 247, Seção 1, p. 28, 28 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.922, de 5 de setembro de 2013. Altera dispositivos da Portaria nº 122/GM/MS, de 25 de janeiro de 2012, que define as diretrizes de organização e financiamento das equipes dos Consultórios na Rua. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 173, Seção 1, p. 65, 6 set. 2013.

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)

Site: www.saude.gov.br/dab E-mail: dab@saude.gov.br

Telefones: (61) 3315-5905/5902

Ação 12 – Ampliar o acesso da equipe de Saúde Bucal na Atenção Básica

O que é:

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

Modalidades:

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

Como implantar uma equipe de Saúde Bucal (eSB) – passo a passo:

Passo 1	 O gestor municipal interessado em implantar a eSB deverá elaborar proposta que contemple 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;
Passo 2	 f) descrição da forma de recrutamento, seleção e contratação dos profissionais da eSB. O gestor municipal deverá apresentar a proposta ao Conselho Municipal de Saúde para aprovação.
Passo 3	Após aprovada, encaminhar a proposta à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do respectivo estado, indicando se o pleito é para ESBSF-M1 ou ESBSF-M2.
Passo 4	A CIB encaminha solicitação de credenciamento das ESBSF ao Ministério da Saúde para apreciação e publicação em portaria específica.

Atenção:

Para a implantação efetiva da eSB e para que ela passe a receber os incentivos financeiros, os seguintes procedimentos também precisam ser atendidos:

- inscrever as equipes de Saúde Bucal no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); e
- alimentar mensalmente os Sistemas de Informações: Ambulatorial (SIA/SUS) e da Atenção Básica (SIAB/SUS) ou o e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB).

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 Primária à Saúde. Todos os profissionais da equipe multiprofissional deverão realizar jornada de trabalho de 40 horas semanais, obrigatoriamente, conforme a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Incentivos financeiros:

Investimento de implantação nas unidades básicas e realização de curso introdutório:

• R\$ 7.000,00 (parcela única) por equipe.

Recursos mensais de custeio:

- R\$ 2.230,00 para as ESBSF-M1; e
- R\$ 2.980,00 para as ESBSF-M2.

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 a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de guilombos.

Além dos recursos descritos, o Ministério da Saúde disponibiliza um equipamento odontológico completo para cada equipe de Saúde Bucal na Modalidade I, e dois equipamentos odontológicos completos para cada equipe de Saúde Bucal na Modalidade II, de acordo com a Portaria nº 2.372/GM, de 7 de outubro de 2009.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 90, de 17 de janeiro de 2008. Atualiza o quantitativo populacional de residentes em assentamentos da reforma agrária e de remanescentes de quilombos, por município, para cálculo do teto de equipes de Saúde da Família, modalidade I, e de equipes de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 13, Seção 1, p. 97-101, 18 jan. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 822, de 17 de abril de 2006. Altera critérios para definição de modalidades das eSF dispostos na Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 74, Seção 1, p. 98-110, 18 abr. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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, n. 95, Seção 1, p. 73, 17 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 132, Seção 1, p. 294, 11 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.372, 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, n. 194, Seção 1, p. 112, 9 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 204, Seção 1, p. 48-55, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 17, de 15 de janeiro de 2013. Inclui, na tabela de tipo de equipes do SCNES, equipes de Saúde Bucal e fica redefinida a composição das equipes que agregam profissionais de saúde bucal e a composição mínima de profissionais para o serviço especializado 101 Estratégia de Saúde de Família. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 12, Seção 1, p. 37-40, 17 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 154, de 15 de maio de 2009. Inclui, na tabela de tipo de equipes do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), os tipos de equipes: EACSSBM1 – equipe de agente comunitário de saúde com Saúde Bucal Modalidade I e EACSSBM2 – equipe de agente comunitário de saúde com Saúde Bucal Modalidade II. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 92, Seção 1, p. 87-88, 18 maio 2009.

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, n. 197, Seção 1, p. 79-82, 13 out. 2006.

Contatos:

Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB)

Site: http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsb

E-mail: cosab@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9056

Ação 13 - Implantar Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) - Programa Brasil Sorridente

O que é:

Centros de Especialidades Odontológicas (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 pacientes com necessidades especiais.

Como implantar um CEO – passo a passo:

Antecipação do incentivo financeiro para CEO em fase de implantação: o gestor municipal/estadual interessado em implantar um CEO deverá elaborar proposta contemplando minimamente os elementos a seguir.

- 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, do qual constem as seguintes informações: características populacionais município, características da atenção básica, modalidade de gestão, inserção no Plano Diretor de Regionalização (PDR), PDR. características características do físicas 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

O gestor 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).

Passo 1

Passo 3

Após aprovada a proposta, o CIB solicita o credenciamento dos CEOs ao Ministério da Saúde para apreciação e formalização em portaria específica.

Credenciamento do CEO: após publicação da portaria de recursos financeiros destinados à implantação do CEO, dentro do tempo limite de 3 (três) meses, o gestor deverá providenciar o credenciamento do CEO (receber custeio mensal). Para tanto, deve enviar para a Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/DAB/SAS) os seguintes documentos devidamente preenchidos, carimbados e assinados pelo gestor distrital, estadual ou municipal:

Passo 4

- a) ofício solicitando o credenciamento do CEO e contendo a identificação do município ou do estado pleiteante e do estabelecimento de saúde, com cópia do registro no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES);
- b) planilha de verificação de atendimento às condições estabelecidas para o credenciamento dos CEOs, conforme anexo da Portaria nº 283/GM, de 22 de fevereiro de 2005, devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo gestor;
- c) fotos dos ambientes do CEO dos itens considerados obrigatórios conforme o *Manual de aplicações gráficas da logomarca do Programa Brasil Sorridente*;²
- d) fotos dos consultórios com os equipamentos instalados.

Requisitos mínimos:

- O município deverá possuir uma rede de Atenção Primária à Saúde organizada.
- O CEO deve manter a produção mínima mensal exigida na Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011.
- Para realizar o credenciamento direto de um CEO, todos os requisitos citados no passo a passo devem ter sido obedecidos.
- Caso existam adequações a serem feitas, deverá ser pleiteado inicialmente o adiantamento do recurso de implantação e posteriormente o credenciamento do CEO.

Incentivos financeiros:

Para implantação – construção, ampliação, reforma, aquisição de instrumental e equipamentos odontológicos:

- R\$ 60.000,00 (parcela única) por CEO Tipo I;
- R\$ 75.000,00 (parcela única) por CEO Tipo II; e

² Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsb>. Ver link Publicações.

R\$ 120.000,00 (parcela única) por CEO Tipo III.

Recursos mensais de custeio:

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

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 283, 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, n. 36, Seção 1, p. 44, 23 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, n. 58, Seção 1, p. 51, 24 mar. 2006.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.373, 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, n. 194, Seção 1, p. 112, 9 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464, 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, n. 121, Seção 1, p. 112, 27 jun. 2011.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 911, 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, n. 169 Seção 1, p. 68, 30 ago. 2012.

Contatos:

Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB) Site: http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsb E-mail: cosab@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9056

Ação 14 – Incluir procedimentos de ortodontia/ortopedia e implante dentário no Centro de Especialidades Odontológicas

A Portaria nº 718/SAS/MS, de 20 de dezembro de 2010, instituiu novos procedimentos na 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.

Para a especialidade da ortodontia e ortopedia, são oferecidos os procedimentos apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 - Procedimentos de ortodontia e ortopedia

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

Além desses procedimentos, há os que podem ser realizados tanto na Atenção Básica quanto no CEO, conforme a Tabela 4.

Tabela 4 - Procedimentos de ortodontia e ortopedia que podem ser realizados na AB e nos CEOs

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

Para as especialidades de implantodontia e prótese, são oferecidos os procedimentos especificados na Tabela 5.

Tabela 5 – Procedimentos de implantodontia e prótese

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

Financiamento:

Os novos procedimentos irão permanecer por um período no Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação (FAEC)³ para formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média

³ Os pagamentos serão liberados de acordo com a produção apresentada.

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. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 718, 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, n. 27, Seção 1, p. 48, 8 fev. 2011.

Contatos:

Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB)

Site: http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsb

E-mail: cosab@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9056

Ação 15 – Viabilizar adesão do CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

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

Incentivos financeiros:

A Portaria 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:

Para fazer a adesão do CEO à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, o gestor municipal ou estadual deverá enviar à Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/DAB/SAS) do Ministério da Saúde os seguintes documentos preenchidos, carimbados e assinados:

- a) ofício do gestor solicitando o adicional no valor do incentivo financeiro de custeio mensal do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); e
- b) termo de compromisso, no qual serão pactuadas metas mínimas de atendimento a pessoas com deficiência, de acordo com o tipo de CEO. O modelo encontra-se disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/termo_compromisso_c eo.doc.

Observação: uma cópia do termo de compromisso deve ser enviada à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), para conhecimento.

Compromissos mínimos:

Todos os CEOs credenciados pelo Ministério da Saúde podem solicitar o incentivo adicional. Para tanto, precisam cumprir os compromissos mínimos relacionados a seguir.

 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 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.
- Informar no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), na Tabela de Serviços/Classificação, o Serviço 114 – Serviço de Atenção em Saúde Bucal, classificação 007 – Atendimento à Pessoa com Deficiência, conforme a Tabela 6, a seguir.

Tabela 6 - Tabela de serviços/classificação no SCNES

Cód. Serv.	Descr. Serv.	Cód. Class.	Desc. da Class.	Gr.	СВО	Desc.
114	Serviço de Atenção em Saúde Bucal	7	Atendimento à pessoa com deficiência	1	2232	Cirurgião dentista

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24/4/2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 80, Seção 1, p. 94, 2 abr. 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.464, de 24 de junho de 2011. Altera o anexo da portaria nº 600/GM/MS, de 23 de março de 2003, que institui o financiamento dos Centros de Especialidade Odontológica (CEO). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 121, Seção 1, p. 112-113, 27 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 911, de 29 de agosto de 2012. Inclui no Serviço 114 - Serviço de Atenção em Saúde Bucal, a

classificação 007 - Atendimento à Pessoa com Deficiência na Tabela de Serviços/Classificação do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – SCNES. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 169, Seção 1, p. 68, 30 ago. 2012.

Contatos:

Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB)

Site: http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsb

E-mail: cosab@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9056

Ação 16 – Cadastrar Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) – Brasil Sorridente

O que é:

O Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) é o estabelecimento inscrito no CNES para realizar, no mínimo, um dos tipos de próteses dentárias relacionados na Tabela 7.

Tabela 7 - Próteses dentárias disponíveis para o LRPD

Procedimento	Código
Prótese total mandibular	07.01.07.012-9
Prótese total maxilar	07.01.07.013-7
Prótese parcial mandibular removível	07.01.07.009-9
Prótese parcial maxilar removível	07.01.07.010-2
Próteses coronárias, intrarradiculares fixas ou adesivas (por elemento)	07.01.07.014-5

Como cadastrar um LRPD:

Os municípios, estados e/ou Distrito Federal, com qualquer base populacional, podem se cadastrar para receber recursos do governo federal para produção de próteses dentárias. Não há restrição quanto à natureza jurídica do(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 LRPDs deve usar o sistema de cadastro de LRPD disponível no site da Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB/DAB/SAS).

Link para acessar o sistema: http://dab.saude.gov.br/sistemas/lrpdEsb/

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 e mencionando, inclusive, a população coberta;
- c) descrição dos procedimentos que serão ofertados;
- d) emissão de documento, pelo gestor, informando a capacidade de produção, por mês, do estabelecimento a ser credenciado/contratado. Ver Nota Técnica LRPD: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/nt_lrpd_2012.pdf

Requisitos mínimos:

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

- 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.

O teto é calculado de acordo com as informações prestadas pelos municípios por meio do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). Serão realizadas 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). 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.
 - Caso o estabelecimento de saúde seja isolado, configura-se no tipo de estabelecimento: 39 Unidade de Saúde de Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico SADT (estabelecimento 39), subtipo; 03 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.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.825, 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, n. 166, Seção 1, p. 26-28, 27 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.373, 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, n. 194, Seção 1, p. 112, 9 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.374, 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, n. 194, Seção 1, p. 112-113, 9 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 27, 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, n. 11, Seção 1, p. 41, 16 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 205, 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. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 96, Seção 1, p. 147-148, 20 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 211, de 13 de maio de 2011. Altera os valores dos procedimentos da tabela de procedimentos, medicamentos, órteses, próteses e materiais especiais do Sistema Único de Saúde (SUS) realizados pelos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD), segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Bucal, conforme a tabela disposta neste ato. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 92, Seção 1, p. 73, 15 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à 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, n. 196, Seção 1, p. 31, 9 out. 2012.

Contatos:

Coordenação-Geral de Saúde Bucal (CGSB)

Site: http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnsb

E-mail: cosab@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9056

Ação 17 - Ampliar o acesso às Práticas Integrativas e Complementares (PIC) no Sistema Único de Saúde

O que é:

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

Quadro 1 - Práticas integrativas e complementares no SUS

Práticas contempladas na PNPIC	Descrição
Medicina tradicional chinesa (MTC)	Sistema médico integral, originado há milhares de anos na China, que se fundamenta nas teorias do <i>yin-yang</i> e dos cinco movimentos. Utiliza como elementos a anamnese, palpação do pulso, observação da face e língua. Em suas práticas terapêuticas, utiliza a acupuntura, a moxa, as ventosas, as práticas corporais e mentais, as plantas medicinais e os fitoterápicos, além da dietoterapia.
Homeopatia	A homeopatia é um sistema médico de caráter holístico e vitalista, que vê o paciente como um todo, não em partes. Segundo ela, as substâncias disponíveis na natureza têm potencial de curar os mesmos sintomas que produzir. Desenvolvido por Samuel Hahnemann no século XVIII, o método terapêutico tem três princípios fundamentais: a Lei dos Semelhantes; a experimentação no homem sadio e o uso da ultradiluição de medicamentos, mais conhecida como "doses infinitesimais". Ele também utiliza como recursos a escuta do relato preciso do paciente, chamado de "anamnese homeopática"; o estudo da matéria médica; e o manejo do repertório de sistemas homeopáticos, fundamentais na escolha das prováveis hipóteses medicamentosas.
Fitoterapia	É a terapêutica caracterizada pelo uso das plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. As formas farmacêuticas de plantas medicinais disponibilizadas no SUS são: planta fresca (<i>in natura</i>), planta seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e fitoterápico industrializado. A prática da fitoterapia incentiva o desenvolvimento comunitário, a solidariedade e a participação social. Como no caso do programa farmácias vivas que prioriza o envolvimento da comunidade local e a utilização de plantas regionais. ⁴
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. Com o potencial brasileiro desse recurso terapêutico e os benefícios para a promoção e recuperação da saúde nas diversas racionalidades, demandou-se a implementação, no âmbito das experiências consolidadas de observatórios de saúde, com o objetivo de aprofundar os conhecimentos sobre sua prática e seu impacto na saúde.
Medicina antroposófica ou antroposofia aplicada à saúde	Abordagem de base vitalista, cujo modelo de atenção está organizado de maneira transdisciplinar e multiprofissional, buscando a integralidade do cuidado em saúde. Entre os recursos utilizados, destacam-se terapêuticas próprias da medicina antroposófica, como a massagem rítmica, a euritmia, o aconselhamento biográfico, a quirofonética, as terapias externas antroposóficas, o uso de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, além dos medicamentos específicos da medicina antroposófica.

⁴ Para mais informações acerca da fitoterapia, consultar a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, disponível em: http://goo.gl/hKbksj.

Como credenciar serviços de práticas integrativas e profissionais no SUS:

São diversas as possibilidades de implantação das práticas integrativas nos municípios brasileiros, bem como as formas de financiamento dos profissionais, serviços e produtos envolvidos.

As ações podem acontecer em serviços especializados ou nas equipes da Atenção Básica, a depender da realidade local. Para isso, é necessário que o gestor municipal/estadual interessado em implantar alguma prática integrativa identifique na região os serviços, profissionais e estabelecimentos que trabalham com PICs e estruture sua rede de acordo com as necessidades locais.

A diversidade de práticas existentes permite que as ações realizadas na Atenção Básica ocorram tanto nos territórios quanto nas unidades de saúde de forma coletiva e/ou individual. As práticas podem ser ofertadas por todas as equipes que compõem a Atenção Básica (NASF, eSF, eSB, CnR, PSE, AD etc.)

A educação permanente dos profissionais, incluindo as ações de matriciamento para ampliação da capacidade clínica dos diversos serviços da rede, são formas de ampliar a oferta de PICs, de capacitar os profissionais e estruturar o fluxo dessas ofertas na rede.

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

- Se o serviço for implantado em um estabelecimento de saúde ainda não cadastrado no CNES:
 - a) No caso de novos estabelecimentos, o primeiro passo é o cadastro no CNES. Esse procedimento já é de conhecimento da equipe responsável pelo CNES nos municípios/estados.
- 2) Se o serviço for implantado em um estabelecimento de saúde já cadastrado no CNES, o gestor deverá proceder conforme detalhado a seguir.
 - a) Acessar o estabelecimento na base local do CNES, no módulo conjunto, e, na aba "Serviços Especializados", incluir o serviço 134 Práticas Integrativas e Complementares. Selecionar uma ou mais da(s) classificação(ções) existente(s): (1) Acupuntura; (2) Fitoterapia; (3) Homeopatia; (4) Medicina antroposófica; (5) Outras técnicas em medicina tradicional chinesa; (6) Práticas corporais/atividade física; e (7) Termalismo/crenoterapia.
 - b) Com relação às "farmácias vivas" e/ou "farmácias homeopáticas", acessar o estabelecimento na base local do CNES, no módulo conjunto, e, na aba "Serviços Especializados", incluir o serviço 125 – Farmácia. Selecionar uma ou mais da(s) classificação(ções) existente(s): 003 – Farmácia com manipulação homeopática e/ou 007 – Farmácia viva.
 - c) Cadastrar os profissionais que realizarão o serviço: 2231-01 Médico acupunturista; 2235-05 Enfermeiro; 2212-05 Biomédico; 2236-50 Fisioterapeuta acupunturista; 2515-10 Psicólogo clínico/psicólogo acupunturista; e 2234-05 Farmacêutico. Tais profissionais estão

descritos nas portarias nº 154/SAS e nº 84/SAS, que estabelecem um conjunto de profissionais para cada serviço/classificação. Sem o cumprimento desse requisito, não é possível exportar dados do estabelecimento para a base nacional do CNES e, posteriormente, validar e enviar para os sistemas de informações ambulatoriais e hospitalares. Para realizar o cadastro, é necessário acessar o sistema local do CNES e clicar na opção Cadastro — Profissionais. Existe a opção de cadastramento de profissionais SUS e NÃO SUS e, no caso em questão, eles deverão ser cadastrados como profissionais SUS.

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, além dos fitoterápicos, todos os medicamentos homeopáticos que figuram na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME). O elenco de medicamentos depende de pactuação na Comissão Intergestores Bipartite para uso do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013) e oferta nos serviços.

Incentivos financeiros:

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) possui financiamento previsto para as consultas e para os procedimentos,⁵ segundo Tabela Unificada de Procedimentos do SUS. Existem, ainda, financiamento para profissionais que atuam com as práticas e podem compor as equipes de Saúde da Família, bem como os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e as equipes de Saúde Bucal.

Outro financiamento possível é o repasse de recursos por meio de editais específicos para implantação das PICs nos municípios e/ou estados.

Legislação:

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da

⁵ Códigos: 0309050022 – Sessão de acupuntura com inserção de agulhas; 0309050030 – Sessão de eletroestimulação; e 0309050014 – Sessão de acupuntura com aplicação de ventosa/moxa.

Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 146, Seção 1, p. 71-72, 31 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, 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, n. 136, Seção 1, p. 65-66, 18 jul. 2006.

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, n. 204, Seção 1, p. 48-55, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, n. 119, Seção 1, p. 2, 23 jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 84, 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, Seção 1, p. 42, 26 mar. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 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, n. 162, Seção 1, 23 ago. 2011.

Contatos:

Coordenação-Geral de Áreas Técnicas (CGAT)

E-mail: pics@saude.gov.br Telefones: (61) 3315-9029/9034

Ação 18 – Implantar o Programa Saúde na Escola (PSE)

O que é:

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

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

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

Passo 1	Desde 2013, todos os municípios brasileiros e o Distrito Federal estão aptos a pactuarem metas por meio do Termo de Compromisso Municipal do Programa Saúde na Escola (PSE), mediante adesão realizada anualmente.
Passo 2	A adesão pelo município é via preenchimento do termo de compromisso, que deve ser assinado pelos secretários municipais de Saúde e Educação. No documento, devem constar: <i>i)</i> a pactuação das ações a serem implementadas; <i>ii)</i> a quantidade de educandos atendidos; e <i>iii)</i> a relação das escolas e das equipes de Atenção Básica que participarão do Programa.
Passo 3	No município, o Grupo de Trabalho Intersetorial (GTIM) pode realizar a adesão ao programa e definir quais escolas e equipes de saúde participarão das ações do PSE, e também pode acompanhar esse processo de adesão realizado pelas secretarias de Saúde e de Educação. O GTIM, que deve ter a composição mínima de representantes da Saúde e da Educação, é responsável pela implementação, gestão e acompanhamento do PSE no território.

Incentivos financeiros:

Os incentivos serão repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos fundos municipais 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.

- De um a 599 educandos pactuados o município recebe R\$ 3.000,00 (três mil reais).
- Acima dessa quantidade, a cada 199 educandos acrescentados, soma-se R\$ 1.000,00 (mil reais).

Os municípios recebem 20% do valor total no ato da assinatura dos termos de compromisso e têm o prazo de 12 meses para realizar as ações pactuadas. Durante esse período de um ano, ocorrem duas avaliações: a primeira com 6 meses e a segunda com 12 meses. Para a partir de 50% de metas pactuadas alcançadas, os municípios passam a receber o restante do valor (80%), proporcionalmente ao alcance de metas obtido.

Legislação:

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

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

Contatos:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)

Site: http://dab.saude.gov.br/pse

E-mail: pse@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9091

Ação 19 – Organizar a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)

O que é:

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

Como realizar a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) – passo a passo:

A operacionalização da VAN na UBS requer infraestrutura adequada, bem como qualificação e motivação dos profissionais de saúde para exercer a atitude de vigilância em suas práticas cotidianas. Para tanto, é necessário atender aos passos a seguir.

Passo 1

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

Entre os aspectos da infraestrutura, destacam-se a necessidade de local apropriado para a realização da avaliação antropométrica e de marcadores do consumo alimentar na UBS (tal como a sala de procedimentos ou de pré-consulta ou os próprios consultórios de atendimento). Independentemente do local definido, este deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana, garantindo a privacidade para profissionais de saúde e usuários. Esses aspectos também devem ser observados para a prática da VAN nos polos do Academia da Saúde.

Destaca-se, ainda, a necessidade de equipamentos antropométricos adequados a cada realidade, ou seja, a escolha dos equipamentos alocados em um local fixo, como por exemplo, a UBS ou polo do Academia da Saúde, ou aqueles indicados para atividades externas (como a avaliação antropométrica nos domicílios, nas escolas ou outros espaços do território). Além das especificações técnicas, deverão ser consideradas, quando necessário, as características de portabilidade que auxiliem o transporte e a necessidade de utilização de fonte de energia, como pilhas, baterias, entre outros, assim como os devidos cuidados com manutenção e calibração dos equipamentos.

Outro aspecto importante refere-se à disponibilização de quantitativo suficiente de cadernetas de acompanhamento da saúde e formulários de informação vigentes (e-SUS AB, Sisvan Web ou outro instrumento utilizado pela equipe de AB para registro dos dados) de acordo com a população adstrita ao serviço.

Quadro 2 – Materiais recomendados para avaliação antropométrica e de marcadores do consumo alimentar

		Equipamentos		
Crianças	Adolescentes	Adultos	Idosos	Gestantes
Balança pediátrica e de plataforma, antropômetro horizontal, vertical e fita métrica.	Balança de plataforma, antropômetro vertical e fita métrica.	Balança de plataforma, antropômetro vertical e fita métrica.	Balança de plataforma, antropômetro vertical e fita métrica.	Balança de plataforma, antropômetro vertical e fita métrica.

Materiais de apoio para coleta e análise dos dados

- Calculadora;
- Computador;
- Planilha ou outro instrumento para a identificação do índice antropométrico (p. ex. disco ou régua); e
- Cartaz sobre método antropométrico.

Materiais para registro dos dados

- Cartão Nacional de Saúde dos usuários;
- Caderneta de acompanhamento da saúde segundo fase do curso da vida (p. ex. criança, adolescente, gestante, idoso);
- Ficha de atendimento individual do sistema de informação correspondente;
- Ficha de marcadores do consumo alimentar; e
- Prontuário eletrônico (UBS informatizada).

Passo 2 Organizar a prática da VAN no processo de trabalho das equipes.

O exercício da VAN deve ser contínuo e sistemático. Para tanto, é necessário reconhecer, incluir e qualificar no processo de trabalho das equipes de Atenção Básica as etapas do Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado, conforme detalhado a seguir.

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

Vale ressaltar que gestores e profissionais de saúde devem se organizar para garantir a educação permanente reconhecendo que o exercício da VAN dependerá da contínua revisão de práticas, portanto, não se esgota na realização de único momento de formação.

A prática da VAN está inserida em padrões de qualidade do PMAQ-AB e PMAQ-NASF.

Passo 3

Utilizar os relatórios consolidados de avalição do estado nutricional e do consumo alimentar da população para planejamento, monitoramento e avaliação de ações, programas e estratégias de atenção à saúde.

Os dados referentes ao estado nutricional (peso e estatura) e consumo alimentar realizados pelos municípios são públicos, e a totalidade de registros dos dados forma uma base de dados municipal, estadual e nacional do Sisvan Web. Os relatórios consolidados estão disponíveis no portal do DAB e podem ser agrupados a partir do nível das unidades de saúde até em dados nacionais por fases do curso da vida.

Link para acessar os relatórios:

http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/sisvan/relatorios_publicos/

O passo 3 refere-se as etapas "b" e "c" do Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado no âmbito coletivo.

Incentivos financeiros

Em 2011, a Portaria nº 2.975, de 14 de dezembro de 2011, instituiu o apoio financeiro para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) por meio da aquisição de equipamentos antropométricos adequados para polos do Programa Academia da Saúde e UBS com Equipes de AB com adesão ao Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ-AB).

O incentivo é de R\$ 3 mil por cada UBS que possua ao menos uma (1) equipe de AB participante do PMAQ-AB. Para os polos do Academia da Saúde, o repasse é de R\$ 1.500,00 para aqueles que já estejam recebendo incentivo de custeio para seu funcionamento.

O repasse é realizado em parcela única anual, ou seja, cada UBS ou polo do Academia da Saúde é contemplado apenas uma única vez com o recurso.

Para mais informações, consulte os seguintes materiais:

- Incentivo para a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional
 Disponível em:
 http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=in centivo
- Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde
 Disponível em: http://www.fns2.saude.gov.br/documentos/cartilha.pdf
- Sistema de Informação e Gerenciamento de Equipamentos e Materiais
 Disponível em: http://www.fns.saude.gov.br/visao/pesquisarEquipamentos.jsf

Legislação:

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.268, de 16 de outubro de 2014. Habilita os Municípios que receberão recursos financeiros para estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional em Unidades Básicas de Saúde com Equipes de Atenção Básica que realizaram adesão ao 2º ciclo do PMAQ-AB e polos do Programa Academia da Saúde habilitados para recebimento de incentivo de custeio das ações do programa. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 201, Seção 1, p. 56-60, 17 out. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 204, Seção 1, p. 48-55, 24 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, n. 221, Seção 1, p. 89, 18 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.975, de 14 de dezembro de 2011. Apoia financeiramente a estruturação da Vigilância Alimentar e Nutricional. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 240, Seção 1, p. 93, 15 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.134, de 17 de dezembro de 2013. Dispõe sobre a transferência de recursos financeiros de investimento do Ministério da Saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios, destinados à aquisição de equipamentos e materiais permanentes para a expansão e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e cria a Relação Nacional de Equipamentos e Materiais Permanentes financiáveis para o SUS (RENEM) e o Programa de Cooperação Técnica (PROCOT) no âmbito do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 245, Seção 1, p. 50, 18 dez. 2011.

Contatos:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)

Site: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape vigilancia alimentar.php

E-mail: sisvan@saude.gov.br Telefones: (61) 3315-9021/9022

Ação 20 – Implantar o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF)

O que é:

O PNSF, cujas diretrizes foram atualizadas por meio da Portaria nº 1.977/2014, consiste na suplementação preventiva de crianças, gestantes e mulheres no pósparto e pós-aborto. O PNSF, juntamente com as ações de educação alimentar e nutricional para alimentação adequada e saudável, com a fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó e com a fortificação obrigatória das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico, constituem um conjunto de estratégias voltadas para o controle e a prevenção da anemia por deficiência de ferro no país.

A anemia por deficiência de ferro é um grave problema de saúde pública no Brasil em função das altas prevalências e é considerada 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 nessas fases do curso da 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 a 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:

Conforme a Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os estados, o Distrito Federal e os municípios passam a ser responsáveis pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, incluídos os suplementos de sulfato ferroso e ácido fólico que compõem o Programa Nacional de Suplementação de Ferro.

Assim, os municípios deverão adquirir os suplementos em quantidade suficiente para atender, de forma preventiva, todas as crianças, gestantes e mulheres no pósparto e/ou pós-aborto. Os suplementos de ferro e ácido fólico devem estar disponíveis em todas as unidades básicas de saúde do município. É importante destacar que o Programa Nacional de Suplementação de Ferro faz parte da Ação Brasil Carinhoso, que compõe o Plano Brasil Sem Miséria, e tem como objetivo o combate à miséria na primeira infância (crianças até 6 anos).

Qualificação e implantação do PNSF - passo a passo:

Passo 1	Os suplementos devem estar disponíveis em todas as unidades básicas de saúde do município.
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. ⁶
Passo 3	Todas as crianças com idade entre e 6 e 24 meses devem receber os suplementos de ferro.
Passo 4	Deve-se observar o estoque dos suplementos para evitar o desabastecimento nas unidades básicas de saúde.
Passo 5	Monitorar o programa é uma importante etapa a ser observada. Com a descentralização, o PNSF deve ser monitorado via Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Horus), o Sistema de Informações da Atenção Básica (e-SUS AB) e Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Incentivos financeiros:

Até 2012, o Ministério da Saúde adquiriu de forma centralizada os suplementos de ferro para prevenção da anemia. Em 2013, o programa foi descentralizado e os municípios passaram a adquirir os insumos utilizando o componente básico do bloco de financiamento da assistência farmacêutica, conforme a Portaria nº 1.555/2013.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 146, Seção 1, p. 71-72, 31 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.977, de 12 de setembro de 2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 177, Seção 1, p. 53-54, 15 set. 2014.

Contatos:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)

Site:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pcan.php?conteudo=deficiencia_ferro

E-mail: cgan@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9024/ 9011

⁶ As crianças que participam da Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes (vitaminas e minerais) em Pó – NutriSUS não devem receber o sulfato ferroso ou outras formas de suplementação de ferro.

Ação 21 – Acompanhar as condicionalidades da saúde das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família

O que é:

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa federal de transferência direta de renda com condicionalidades, destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, no qual o recebimento do benefício está vinculado ao cumprimento de compromissos assumidos pelas famílias e pelo poder público nas áreas de saúde, educação e assistência social. As condicionalidades de saúde do PBF – que compreendem o acompanhamento da imunização, do crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 7 anos e a assistência ao pré-natal de gestantes e ao puerpério – reforçam o direito à saúde das famílias beneficiárias e auxiliam na ruptura do ciclo intergeracional de pobreza. Assim, propicia-se o combate à pobreza futura por meio do investimento no desenvolvimento de capital humano.

O SUS tem entre seus compromissos a redução das desigualdades sociais e a atenção básica à saúde representa a principal porta de entrada do cidadão aos serviços de saúde e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Desse modo, o acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF insere-se no rol das atividades da Atenção Básica, proporcionando o olhar para a condição de saúde da unidade familiar.

O acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF permite identificar as beneficiárias gestantes elegíveis a receber o Benefício Variável à Gestante (BVG), concedido no âmbito do PBF. Assim, a responsabilidade do SUS junto às famílias do PBF se intensifica. Além disso, esse benefício oportuniza a captação precoce das beneficiárias gestantes pelo serviço de saúde para a realização do pré-natal, considerando que, quanto antes for informada a ocorrência da gestação, mais cedo a família poderá receber o benefício.

O registro das informações coletadas é realizado no Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde, disponível em: http://bolsafamilia.datasus.gov.br/

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

- a) Acessar o Sistema de Gestão do Programa Bolsa Família na Saúde:
 - no portal do Departamento de Atenção Básica (http://dab.saude.gov.br/), no menu "Ações, programas e estratégias", selecionar o item "Bolsa Família"; ou
 - no link do Datasus: http://bolsafamilia.datasus.gov.br.
- b) Clicar na opção: "Acesso Restrito" e digitar usuário e senha.8

⁷ O BVG tem como objetivo aumentar a proteção à mãe e ao bebê durante a gestação, elevando a renda familiar nessa fase bastante importante da vida. Essa condicionalidade reforça o papel intersetorial da saúde no programa de transferência renda, na medida em que as gestantes devem obrigatoriamente ser localizadas pelos profissionais de saúde para recebimento do benefício variável.

⁸ Caso o profissional de saúde não tenha o usuário e a senha do seu município, basta solicitá-la pelo e-mail bfasaude@saude.gov.br

- c) Clicar na opção "Mapa de Acompanhamento" e selecionar a opção mais adequada à rotina de trabalho do município para impressão da relação de famílias a serem acompanhadas pela saúde.
- d) Clicar em "Pesquisar", para gerar um Mapa de Acompanhamento, com endereço, nome e NIS do responsável e dos membros da família que devem ser acompanhados pelo SUS.
- e) Realizar atendimento/visita às famílias beneficiárias com perfil saúde e preencher os dados no "Mapa de Acompanhamento".
- f) Para registro do acompanhamento, clicar na opção "Acompanhamento", digitar o NIS do beneficiário e, em seguida, clicar no item "Pesquisar". O sistema disponibilizará o "Formulário de Inclusão e Alteração de Acompanhamento", que permitirá a inserção das informações de acompanhamento da família selecionada.9
- g) Após a digitação dos dados do acompanhamento, clicar em "Confirmar".
- h) Os registros de acompanhamento dos beneficiários devem ser enviados semestralmente. A primeira vigência vai de fevereiro a junho e a segunda vigência de agosto a dezembro.

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 de saúde beneficiárias do programa acompanhadas pela Atenção Básica": foi assumido pelo SUS, no âmbito do Contrato Organizativo de Ação Pública (Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011).
- c) Indicador "Proporção de acompanhamento das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família" incluído no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

Incentivos financeiros:

• Índice de Gestão Descentralizada (IGD) – concedido pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), por meio do Fundo Nacional de Assistência Social aos estados e municípios, para apoiar a gestão das condicionalidades do programa. Os recursos são calculados com base no cumprimento das condicionalidades de assistência social, educação e saúde. Os recursos são enviados diretamente aos Fundos estaduais e municipais de assistência social.

Os marcos legais que estabelecem o IGD são: Lei nº 12.058, de 13 de outubro de 2009; Decreto nº 7.332, de 19 de outubro de 2010; Portaria nº 754, de 20 de outubro de 2010;

⁹ Informações a serem registradas no acompanhamento das condicionalidades de saúde: *i)* para crianças – peso, estatura, vacinação em dia ou não, situação de aleitamento materno para as crianças menores de 2 anos de idade; *ii)* para mulheres – peso, estatura, informação gestacional e, em caso de gestantes, pré-natal em dia ou não e data da última menstruação.

Portaria nº 256, de 19 de março de 2010; 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. **Manual de orientações sobre o Bolsa-Família na saúde**. 3. ed. Brasília, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

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

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, n. 181, Seção 1, p. 3-5, 20 set. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa-Família, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 7, Seção 1, p. 1-2, 10 jan. 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Instrução Operacional Conjunta nº 19 SENARC – SNAS**. Divulga aos estados e municípios orientações para a inclusão das famílias do Programa Bolsa Família em descumprimento de condicionalidades, especialmente as que estejam em fase de suspensão do benefício, nos serviços socioassistenciais de acompanhamento familiar, com registro no Sicon e solicitação da interrupção temporária. Brasília, 7 fev. 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Ministério da Saúde. **Instrução Operacional Conjunta 20 ENARC/MDS – SAS/MS B**. Trata sobre os procedimentos para a identificação de gestantes beneficiárias do Programa Bolsa Família elegíveis ao Benefício Variável à Gestante (BVG) e das regras relacionadas à concessão desse benefício. Brasília, 12 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria Interministerial 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, n. 223, Seção 1, p. 58, 22 nov. 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria nº 251, de 12 de dezembro de 2012. Regulamenta a gestão das condicionalidades do Programa Bolsa Família, revoga a portaria GM/MDS nº 321, de 29 de setembro de 2008, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 240, Seção 1, p. 224-226, 13 dez. 2012.

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, n. 229, Seção 1, p. 146-147, 30 nov. 2011.

Contatos:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)

Site: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_bfa.php

E-mail: cgan@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9024/ 9011

Ação 22 – Implantar o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

O que é:

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

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

Qualificação e implantação do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A – passo a passo:

Passo 1	Todas as crianças com idade entre 6 e 59 meses devem receber os suplementos de vitamina A.
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 a vitamina.
	As equipes de saúde devem identificar e acompanhar o público assistido no programa. Cada município deverá adotar sua estratégia para a identificação da população que será atendida e rotineiramente acompanhada, podendo ser:
Passo 3	 por demanda espontânea nas unidades de saúde (identificação durante as consultas regulares do crescimento e desenvolvimento infantil e do pré-natal); por busca ativa, realizada por meio dos agentes comunitários de saúde e equipe de Saúde da Família;

em campanhas de vacinação e em maternidades;
 por meio da indicação de parceiros que atuam na prevenção e controle dos distúrbios nutricionais em nível local, por exemplo, os líderes da Pastoral da Criança, entre outros.
 Os suplementos de vitamina A devem estar disponíveis em todas as unidades básicas de saúde do município. Deve-se observar o estoque para evitar o desabastecimento.
 O registro da suplementação com vitamina A na Caderneta de Saúde da Criança e nos formulários de monitoramento do programa é etapa importante a ser observada.
 O monitoramento deve ser realizado pelo Sistema de Gestão do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, disponível em: http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/vitaminaA/login.php?acesso_n

Incentivos financeiros:

egado=true

O Ministério da Saúde adquire de forma centralizada os suplementos de vitamina A para prevenção da deficiência e encaminha a todos os estados do país.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 92, Seção 1, p. 61-62, 16 maio 2005.

Contatos:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)

Site: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vitamina_a.php

E-mail: cgan@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9024/9011

Ação 23 – Implantar e implementar a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável – Amamenta e Alimenta Brasil

O que é:

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

Como organizar a Estratégia Amamenta e Alimenta em nível local – passo a passo:

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

Passo	1
-------	---

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

Passo 2

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

Passo 3

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

¹⁰ Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Política Nacional de Atenção Básica, Política Nacional de Promoção da Saúde e Rede Cegonha.

Passo 4

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

Passo 5

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

Certificação: as equipes de Atenção Básica que implementarem a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil poderão ser certificadas caso cumpram os critérios preestabelecidos: i) desenvolver ações sistemáticas individuais ou coletivas para a promoção do aleitamento materno e alimentação complementar saudável; ii) monitorar os índices de aleitamento materno e alimentação complementar: iii) dispor de instrumento de organização do cuidado à saúde da criança (fluxograma, mapa, protocolo, linha de cuidado ou outro) para detectar problemas relacionados ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável; iv) cumprir a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de primeira infância, bicos, chupetas e mamadeiras (NBCAL) e a Lei nº 11.265/2006 e não distribuir "substitutos" do leite materno na UBS; v) contar com a participação de pelo menos 85% dos profissionais da equipe nas oficinas desenvolvidas; e vi) cumprir pelo menos uma ação ao aleitamento materno e uma de alimentação complementar saudável pactuadas no plano de ação.

Passo 6

A certificação poderá acontecer de duas formas:

- a) para as equipes de Atenção Básica que fazem parte do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB); e
- b) para as equipes de Atenção Básica que não fazem parte do PMAQ-AB.

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

Responsabilidades das esferas de gestão para o sucesso da EAAB:

São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

a) divulgar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil;

- b) pactuar e alocar recursos orçamentários para implementar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil;
- c) divulgar sistematicamente os resultados do processo avaliativo das ações da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil; e
- d) promover articulação entre as diferentes esferas e serviços.

Compete ao Ministério da Saúde:

- a) fornecer apoio técnico para os estados para implementação da estratégia;
- b) elaborar materiais de capacitação e apoio;
- c) capacitar profissionais que serão multiplicadores nos estados;
- d) acompanhar, monitorar e avaliar a estratégia no âmbito nacional;
- e) disponibilizar o Sistema de Gerenciamento da Estratégia e o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para monitoramento da implementação da estratégia e dos dados de aleitamento materno e da alimentação complementar coletados pelas UBS;
- f) disponibilizar curso de ensino a distância sobre a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, para fins de incorporação dos tutores formados na Rede Amamenta Brasil e na Enpacs; e
- g) certificar as UBS que preencherem os critérios para inclusão da estratégia.

Compete às secretarias estaduais de saúde e ao Distrito Federal:

- a) coordenar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no âmbito estadual;
- b) formar tutores em seus municípios, conforme critérios definidos;
- c) fornecer apoio técnico aos municípios para a consecução da estratégia;
- d) monitorar a implementação da Estratégia nos municípios;
- e) apoiar os municípios no processo de certificação das unidades básicas de saúde; e
- f) orientar o uso do Sistema de Gerenciamento e do Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para o monitoramento dos indicadores da estratégia.

Compete às secretarias municipais de saúde e ao Distrito Federal:

- a) coordenar a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil no âmbito do município;
- b) selecionar os tutores responsáveis pelas Oficinas de Trabalho em Aleitamento Materno e Alimentação Complementar nas UBS;
- c) fornecer apoio técnico às UBS para a consecução da estratégia;
- d) informar ao estado sobre a solicitação de certificação das UBS elegíveis;
- e) orientar o uso do Sistema de Gerenciamento e do Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para o monitoramento dos indicadores da estratégia; e

f) monitorar a implementação da estratégia nas UBS.

Legislação:

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

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

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

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, n. 204, Seção 1, p. 48-55, 24 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, n. 221, Seção 1, p. 89, 18 nov. 2011.

Contatos:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)

Site: http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php

E-mail: cgan@saude.gov.br ou amamentaealimenta@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9036

Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

E-mail: crianca@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9006

Ação 24 – Implementar a Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil

O que é:

A Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI) objetiva apoiar os municípios de até 150 mil habitantes e com altos índices de desnutrição infantil (baixo peso e muito baixo peso) 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.

Em 2012 a Agenda contemplava 212 municípios e, a partir de 2013, foram incorporados 26 municípios que integram os territórios de cinco distritos sanitários especiais indígenas da região Norte e que apresentam maiores taxas de mortalidade infantil indígena, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi).

As ações prioritárias são: *i)* vigilância alimentar e nutricional; *ii)* acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família; *iii)* investigação dos casos de desnutrição e atraso do desenvolvimento infantil; *iv)* organização do cuidado à criança desnutrida; *v)* promoção da alimentação adequada e saudável; e *vi)* 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 são avaliadas anualmente, a contar da data de homologação da adesão (Portaria nº 2.387, de 18 outubro de 2013, e Portaria nº 3.059, de 11 de dezembro de 2013). Os municípios que aderiram à agenda recebem recursos financeiros de acordo com seu porte populacional (Tabela 8).

Tabela 8 - Repasse anual de acordo com o porte populacional

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

Fonte: BRASIL (2012a).

As portarias que estabeleceram os repasses de recursos para a ANDI em vigor até o momento são as relacionadas a seguir.

 Portaria nº 1.301, de 27 de novembro de 2012 e Portaria nº 1.355, de 6 de dezembro de 2012: formalizou o repasse de R\$10.990.000,00 milhões a 195 municípios.

- Portaria nº 1.065, de 19 de setembro de 2013: estabeleceu o repasse de R\$11.280.000,00 milhões a 200 municípios, após a primeira avaliação dos municípios em agosto de 2013 em relação ao cumprimento das metas pactuadas.
- Portaria nº 1.406, de 13 de dezembro 2013: garantiu o repasse de R\$ 1.575.000 milhões a 26 municípios que integram os territórios de cinco Distritos Sanitários Especiais Indígenas da Região Norte.
- Portaria nº 2.267, de 16 de outubro de 2014: estabeleceu o repasse de R\$12.245.000,00 milhões a 216 municípios, após a avaliação dos municípios em agosto de 2014 em relação ao cumprimento das metas pactuadas.

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo para implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil**: Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 16/2013-CGAN/DAB/SAS/MS**. Esclarecimento sobre o monitoramento das metas pactuadas pelos municípios que aderiram à Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica nº 157/2013-CGAN/DAB/SAS/MS**. Autorização de transferência de recursos de custeio aos municípios participantes da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI), de acordo com avaliação das metas pactuadas para o ano de 2013 e estabelece prazo para repactuação das metas para o ano 2014. Brasília, 2013.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.267, de 16 de outubro de 2014. Autoriza a transferência de recursos de custeio aos Municípios participantes da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil (ANDI), de acordo com avaliação das metas pactuadas para o ano de 2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 201, Seção 1, p. 53-55, 17 out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.065, de 19 de setembro de 2013. Autoriza a transferência de recursos de custeio aos municípios participantes da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil de acordo com avaliação das metas pactuadas para o ano de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 183, Seção 1, p. 64-65, 20 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.406, de 13 de dezembro de 2013. Homologa a Adesão dos Municípios do Grupo III a Agenda de Intensificação da Atenção Nutricional a Desnutrição Infantil e Autoriza a Transferência de Recursos de Custeio a esses Municípios referente ao Exercício Financeiro de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 243, Seção 1, p. 70-71, 16 dez. 2013.

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, n. 229, Seção 1, p. 47-48, 28 nov. 2012c.

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, n. 236, Seção 1, p. 210, 7 dez. 2012b.

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, n. 203, Seção 1, p. 37-39, 19 out. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.059, de 11 de dezembro de 2013. Altera e acresce dispositivo a Portaria nº 2.387/2012 de 18/10/2012, que institui a Agenda para a Intensificação da Atenção Nutricional a Desnutrição Infantil — ANDI, em Municípios com maior prevalência de déficit ponderal em crianças menores de 5 (cinco) anos de idade. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 241, Seção 1, p. 88, 12 dez. 2013.

Contatos:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)

Site: http://dab2.saude.gov.br/sistemas/andi/documentos.php

E-mail: cgan@saude.gov.br ou andi@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9024/9004

Ação 25 – Implantar a Estratégia de Fortificação da Alimentação Infantil com Micronutrientes em pó (NutriSUS)

O que é:

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

A intervenção consiste em duas etapas ou ciclos: administração de 1 sachê/dia (até completar 60 sachês); e pausa da administração por 3 a 4 meses. É imprescindível que a ação seja adaptada ao calendário escolar da creche para que não haja interrupção.

Para implantação da estratégia NutriSUS, foi necessária adesão dos gestores à ação no processo anual de pactuação do PSE. A ação foi inserida no Componente II – Promoção da Saúde e Prevenção de Agravos e Doenças, cujo objetivo é a promoção de ações que visam garantir as melhores condições para proporcionar o pleno desenvolvimento dos educandos, além do incentivo ao desenvolvimento de hábitos mais saudáveis. A adesão ao NutriSUS foi uma ação optativa, ou seja, complementar às ações essenciais pactuadas pelo gestor municipal.

Distribuição dos suplementos:

Os sachês da estratégia de fortificação são adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e encaminhados diretamente aos municípios (central de medicamentos ou outro local indicado para a recepção de medicamentos).

Como qualificar e implantar o NutriSUS – passo a passo:

Passo 1	Articulação dos Grupos de Trabalho Intersetoriais Municipais (GTI-M) do PSE com as áreas envolvidas (Alimentação e Nutrição, Atenção Básica, Saúde da Criança, Assistência Farmacêutica, Responsável técnico da PNAE, Educação Infantil etc.).
Passo 2	Definição pelo GTI-M do período de intervenção nas creches aderidas, fluxo de distribuição dos sachês, período de intervenção etc.
Passo 3	Capacitação das equipes de Atenção Básica e Educação envolvidas.
Passo 4	Orientação aos pais sobre a importância da fortificação da alimentação infantil para o preenchimento do Termo de Consentimento e registro na Caderneta de Saúde da Criança a suplementação com os sachês. ¹¹

¹¹ Crianças que participam da estratégia NutriSUS não devem receber o sulfato ferroso ou outras formas de suplementação de ferro, no entanto, as crianças que recebem megadoses de vitamina A na Atenção Básica podem fazer uso concomitante dos sachês com múltiplos micronutrientes nas creches.

suplementos serão armazenados central medicamentos/almoxarifado da Secretaria Municipal de Saúde ou nas unidades básicas de saúde de referência para execução nos estabelecimentos de ensino. Devem ser distribuídos gradualmente, Passo 5 conforme a demanda de uso nas creches partícipes da ação, sob supervisão e acompanhamento das equipes de Atenção Básica vinculadas às creches. A distribuição dos sachês às crianças da creche deve ser oferecida junto a qualquer uma das refeições do dia e não requer mudança de prática/rotina de preparação das refeições. Assim, o suplemento deve Passo 6 ser misturado, exclusivamente, aos alimentos prontos para o consumo, ou seja, diretamente no prato em que a criança vai comer a refeição. A distribuição dos sachês às crianças nas creches deve ser registrada Passo 7 na Ficha de Controle de Distribuição dos Suplementos (modelo disponível no Manual Operacional). O monitoramento da estratégia de fortificação com sachês micronutrientes em pó será realizado da mesma maneira que as demais ações do Componente II, ou seja, por meio do SIMEC, no momento da avaliação anual do PSE. O controle de estoque dos sachês segue a Passo 8 lógica da assistência farmacêutica no município e deve ser realizado da controle mesma maneira que o dos outros insumos responsabilidade das equipes de Atenção Básica.

Incentivos financeiros:

Os sachês da estratégia de fortificação serão adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde e encaminhados diretamente aos municípios (central de medicamentos ou outro local indicado para a recepção de medicamentos).

Contatos:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)

Site: http://dab.saude.gov.br/portaldab/nutrisus.php

E-mail: nutrisus@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9024/9011

Ação 26 – Apoiar a estruturação e implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)

O que é:

Política que se destina à estruturação e implementação das ações de alimentação e nutrição pelas secretarias estaduais e municipais de Saúde. Atualmente, o incentivo é regido pela Portaria nº 1.941, de 12 de setembro de 2014, e prioriza-se a estruturação de ações em diretrizes voltadas à organização da atenção nutricional na Rede de Atenção à Saúde, em especial no âmbito da Atenção Básica.

Adesão:

O incentivo financeiro é destinado exclusivamente aos 178 municípios que possuem população superior a 150 mil habitantes e às 27 Unidades Federativas. No entanto, o investimento na organização da atenção nutricional na Rede de Atenção à Saúde do município pode ser realizado com outros recursos federais, estaduais e/ou municipais, potencializando a qualidade do cuidado ofertado pelas equipes de Atenção Básica, e resultando na melhoria dos padrões epidemiológicos da população atendida.

Como qualificar e implantar a PNAN – passo a passo:

Passo 1	O município deverá estruturar um plano que contemple a organização de ações de alimentação e nutrição nas Redes de Atenção à Saúde, principalmente no âmbito da Atenção Básica, observadas as responsabilidades definidas na PNAN às secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios, priorizando-se: I - a promoção da alimentação adequada e saudável; II - a vigilância alimentar e nutricional; III - a prevenção dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, especialmente sobrepeso e obesidade, desnutrição, anemia por deficiência de ferro, hipovitaminose A e beribéri; e IV - a qualificação da força de trabalho em alimentação e nutrição integrantes das diretrizes prioritárias trazidas pela portaria.
Passo 2	Definir, junto a representantes que possam estar direta ou indiretamente relacionados à implementação das ações de alimentação e nutrição ou que possam interferir para a pactuação e êxito dessas ações no município, 12 bem como outros objetivos, diretrizes e metas para o desenvolvimento das ações.
Passo 3	Definir um período factível para realizar o monitoramento das ações planejadas e avaliação das estratégias implementadas.
Passo 4	Elaborar e registrar, anualmente, o andamento das ações implementadas, incluindo a avaliação das estratégias e ações implementadas, no Relatório Anual de Gestão do município.

¹² Representantes das coordenações de Atenção Básica, da própria área técnica de alimentação e nutrição, da área de saúde da criança, de doenças crônicas não transmissíveis, saúde do idoso, saúde da mulher, saúde indígena, se houver, vigilância em saúde, representantes das equipes de saúde e dos núcleos de apoio à saúde da família, representantes do conselho municipal de saúde e segurança alimentar e nutricional.

Incentivos financeiros:

O incentivo financeiro para estruturação e implementação das ações de alimentação e nutrição (financiamento das ações de alimentação e nutrição – FAN) vem sendo repassado desde 2006 pelo Ministério da Saúde, por meio da Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN).

Legislação:

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.738, de 19 de agosto de 2013. Estabelece incentivo de custeio para estruturação e implementação de ações de alimentação e nutrição pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 160, Seção 1, p. 22-24, 20 ago. 2013.

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

Contatos:

Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGAN)

Site:

http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnan

E-mail: cgan@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9010/9012

Ação 27 – Estruturar o cuidado às pessoas com doenças crônicas

A atenção às pessoas com doenças crônicas – principalmente aquelas com hipertensão, diabetes, asma e outras doenças respiratórias, obesidade, além de pessoas tabagistas – deve ser oferecida no âmbito da Atenção Básica, de modo a garantir acesso dos usuários ao cuidado adequado e à atenção integral no SUS, em todos os pontos de atenção.

Devem ser garantidas, ainda, ações de prevenção e detecção precoce de diferentes tipos de câncer, além do rastreamento de câncer de mama (com encaminhamento para realização de mamografia bianual entre mulheres de 50 a 69 anos) e de colo do útero (através da coleta do exame citopatológico a cada três anos em mulheres de 25 a 64 anos).

Como garantir a oferta dos principais medicamentos e de insumos:

Quadro 3 – Acesso a medicamentos e insumos destinados ao cuidado das pessoas com doenças crônicas

Medicamentos		
Componente Básico da	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.	
Assistência Farmacêutica	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.	
	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".	
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	
	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".	
Programa Saúde Não	No âmbito da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, o Programa Farmácia Popular não visa substituir a distribuição gratuita de medicamentos na rede pública de saúde.	
Tem Preço	O fato de os medicamentos anti-hipertensivos, antidiabéticos e antiasmáticos estarem disponíveis gratuitamente na rede de farmácias 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.	

Medicamentos

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. 3º da Portaria nº 1.555, de 2013. 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.

Para o Diabetes mellitus

Sobre os insumos necessários para o paciente diabético: 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, que 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*.

Segundo a Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, os estados devem contribuir com R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) e os municípios com R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da Rename vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulinodependentes.

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.

Para a pessoa tabagista

O tratamento das pessoas tabagistas inclui avaliação clínica, abordagem mínima ou intensiva, individual ou em grupo e, se necessário, terapia medicamentosa, cujas diretrizes clínicas serão disponibilizadas pelo Ministério da Saúde ou definidas localmente.

São adquiridos pelo governo federal e disponibilizados aos estados e municípios, para apoio ao tratamento das pessoas tabagistas, os seguintes medicamentos:

- medicamentos de terapia de reposição de nicotina, tais como adesivo transdérmico (7mg, 14mg e 21mg), goma de mascar (2mg) e pastilha (2mg); e
- cloridrato de bupropiona.

Observação: os medicamentos prescritos pelos profissionais da atenção básica devem ser disponibilizados na própria Unidade Básica de Saúde ou conforme organização da assistência farmacêutica local, devendo ser de fácil acesso ao usuário.

Como organizar o cuidado às pessoas com doenças crônicas no SUS – passo a passo:

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 norteadoras para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Os estados e municípios devem observar a Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, que redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado, com vistas a assegurar a esse usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência.

A Atenção Básica constitui-se como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, com papel-chave em sua estruturação como ordenadora e coordenadora do cuidado, com a responsabilidade de realizar o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para organização do cuidado.

Os passos a seguir oferecem um pequeno guia para apoiar as equipes a organizar o cuidado desses pacientes.

Passo 1

Definição do público a ser atendido: a organização do cuidado das pessoas com doenças crônicas inicia-se pela definição da população-alvo da programação e avaliando-se como deveria ocorrer a realização do cuidado delas. Depois, deve-se identificar a população estimada de pessoas com doenças crônicas prioritárias do território sob responsabilidade das equipes de Atenção Básica e 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, e as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS. Tais diretrizes 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, E-SUS AB, 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. Definir os fluxos assistenciais 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.

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: *Diabetes mellitus*. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: hipertensão arterial sistêmica. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: obesidade. Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2012**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília 2013. (Série G. Estatística e Informação em 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, n. 187, Seção 1, 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, n. 198, Seção 1, 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, n. 249, Seção 1, 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, n. 251, Seção 1, p. 88-93, 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, n. 25, Seção 1, p. 35, 4 fev. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 571, de 05 de abril de 2013. Atualiza as diretrizes de cuidado à pessoa tabagista no âmbito da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 66, Seção 1, p. 56, 8 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 63, Seção 1, p. 50, 2 abr. 2014.

Contatos:

Coordenação-Geral de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas

Site: http://saude.gov.br/doencascronicas

Site:

http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=113

71&Itemid=697

E-mail: rede.cronicas@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-9217/9042

Ação 28 – Qualificar o uso da informação em saúde por meio da estratégia e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB)

O que é:

A Estratégia e-SUS AB é o novo modelo de informação na Atenção Básica, vinculada a outras ações que visam financiamento, infraestrutura, tecnologia, acesso e qualidade no atendimento. Tem como objetivo a gradual integração de sistemas de informação, eliminação do retrabalho na coleta de dados e centralização de dados em diferentes níveis, facilitando a gestão desde a UBS até o Ministério da Saúde. Para a captação de dados, foram desenvolvidas duas ferramentas: Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), para os municípios que possuem UBS informatizadas; e Coleta de Dados Simplificada (CDS), para UBS sem infraestrutura tecnológica.

Com a estratégia e-SUS AB, há uma mudança no sistema de informação que capta os dados da Atenção Básica. Os municípios passam a alimentar o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), podendo utilizar os softwares do e-SUS AB (PEC ou CDS) ou transmitir os dados por meio dos sistemas próprios.

Desde a sua criação, a estratégia e-SUS AB já passou por diversos avanços. Todas as atualizações e novidades estão disponíveis no Portal do e-SUS AB: http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php.

Também há, na Comunidade de Práticas (https://novo.atencaobasica.org.br/) uma comunidade específica do e-SUS AB, onde trabalhadores de todo o Brasil compartilham suas experiências sobre a implantação e uso do sistema: https://cursos.atencaobasica.org.br/comunidades/e-sus-ab

O suporte ao uso do e-SUS AB é feito também pelo Disque Saúde 136.

Como implantar o e-SUS AB – passo a passo:

Passo 1	Definir uma pessoa de referência para coordenar a implantação da estratégia e cadastrá-la no Sistema de Controle de Uso do e-SUS AB. Disponível em: http://dabsistemas.saude.gov.br/sistemas/controleUsoEsus/login.php
Passo 2	Diagnosticar a disponibilidade de recursos humanos existentes nos estados e municípios para identificar profissionais a serem capacitados e possíveis multiplicadores da estratégia.
Passo 3	Realizar o levantamento da capacidade tecnológica disponível (computadores, impressoras, internet, ambientes etc.).
Passo 4	Definir o cenário de implantação. Consultar no portal do Departamento de Atenção Básica a relação dos possíveis cenários de implantação. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php?conteudo=como_implantar

Passo 5	Elaborar o Plano de Implantação Local da estratégia e-SUS AB, que deve considerar todos os passos anteriores.	
Passo 6	Articular a integração do Plano Local ao Plano Regional.	
Passo 7	Qualificação de profissionais de saúde e de tecnologia da informação.	
Passo 8	Monitorar a implantação do e-SUS AB em cada equipe, distrito sanitário e no município como um todo, identificando as dificuldades e potencialidades, fortalecendo o uso da estratégia localmente.	

Publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para uso do PEC AD**. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_ad_v_1_3.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de utilização do Sistema de Controle de Uso**. Brasília, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_controle_uso.pdf>Aces so em: 13 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Sistema com Coleta de Dados Simplicada v 1.3.0.** Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_CDS_ESUS_1_3_0.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de envio de dados do CDS 1.3.** Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/guia_envio_dados_cds_1_3. pdf>. Acesso em: 13 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de uso do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC v.1.3.0** (Versão Digital). Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus/manual_pec_1.3/index.php>. Acesso em: 13 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Exportação – API Trhift.** Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus/manual_exportacao_1.3/index.php. Acesso em: 13 jul. 2015.

Legislação:

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 14, de 7 de janeiro de 2014. Institui os prazos para o envio da base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica

(SIAB) referente às competências de janeiro a junho de 2014 e Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) referente às competências de janeiro a dezembro de 2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 6, Seção 1, p. 46, 9 jan. 2014.

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, n. 22, Seção 1, p. 45-50, 31 jan. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 256, de 19 de fevereiro de 2014. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013, em relação ao Programa Mais Médicos e ao PROVAB. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 36, Seção 1, p. 25, 20 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 751, de 22 de agosto de 2014. Altera o Anexo da Portaria nº 14/SAS/MS, de 7 de janeiro de 2014. Republicado no **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 162, Seção 1, p. 77, 25 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.409, de 10 de julho de 2013. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 132, Seção 1, p. 267, 11 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 132, Seção 1, p. 294, 11 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.976, de 12 de setembro de 2014. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 177, Seção 1, p. 53, 15 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.073, de 31 de agosto de 2011. Regulamenta o uso de padrões de interoperabilidade e informação em saúde para sistemas de informação em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, nos níveis Municipal, Distrital, Estadual e Federal, e para os sistemas privados e do setor de saúde suplementar. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 169, Seção 1, p. 63, 1º set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 204, Seção 1, p. 48-55, 24 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 198, 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, n. 61, Seção 1, p. 71, 31 mar. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 703, 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, n. 204, Seção 1, p. 66, 24 out. 2011.

Contatos:

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

E-mail: esusab@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-9088/5905 Ação 29 – Utilizar o Telessaúde Brasil Redes para ampliar a resolutividade clínica das equipes de Atenção Básica e promover sua integração com regulação e com o conjunto da Rede de Atenção à Saúde (RAS)

O que é:

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

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. No momento, não há previsão de novas adesões.

Como solicitar o Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica – passo a passo: Habilitação:

Passo 1	Cadastrar o Núcleo de Telessaúde como estabelecimento de saúde, incluindo se a descrição de serviços ofertados, no Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), nos termos dos arts. 12 e 13 da Portaria nº 2.546/GM/MS, de 27 de outubro de 2011.
Passo 2	Ter concluído a etapa de implantação do Núcleo de Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica.
Passo 3	Enviar ofício solicitando o incentivo financeiro de custeio mensal ao Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS), devidamente homologado pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR) ou Comissões Intergestores Bipartite (CIB), conforme modelo constante do sítio eletrônico www.saude.gov.br/dab.

Custeio:

Passo 1	Ter, no mínimo, 80 equipes de Atenção Básica, participantes cadastradas na plataforma de Telessaúde.
Passo 2	Possuir equipes vinculadas a unidade básica de saúde (UBS) com ponto de Telessaúde no SCNES.
Passo 3	Possuir equipes com histórico de solicitação de teleconsultorias nos últimos três meses.
Passo 4	Enviar, mensalmente, o relatório de produção do Núcleo para o Sistema de Monitoramento do Telessaúde vigente.

Passo 5

O Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) analisa e aprova o repasse do custeio.

Componente Variável:

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

- Para o recebimento dos componentes fixo e variável do incentivo financeiro de custeio mensal, os núcleos de Telessaúde devem enviar, mensalmente, o relatório de produção do Núcleo ao SMART, com todas as informações necessárias para o acompanhamento dos indicadores.
- Os núcleos que optarem pela cooperação de outras instituições na oferta de serviço de teleconsultoria devem enviar junto a este ofício a resolução das Comissões Intergestores Regionais (CIR) ou das Comissões Intergestores Bipartite (CIB), com homologação desta pactuação.
- Para recebimento dessa parte do componente variável, o ente federativo sede de Núcleo de Telessaúde deve encaminhar para o DAB/SAS/MS uma resolução CIB com a definição e a pactuação de linhas de cuidado e/ou especialidades prioritárias e seus respectivos protocolos de encaminhamento e relação de CIAP-2 a serem considerados no monitoramento da produção.

Passo 1	 Informar o porte do núcleo com a relação dos pontos de Telessaúde cadastrados em unidades básicas de saúde no SCNES. O porte do Núcleo considera o número de Equipes Participantes cadastradas na plataforma: equipe com histórico de solicitação de teleconsultoria. As equipes participantes devem estar vinculadas a unidades básicas de saúde (UBS) com ponto de Telessaúde no SCNES.
Passo 2	 Ter concluído a Integração da plataforma de solicitação de teleconsultorias em uso ao Sistema de Monitoramento e Avaliação do Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (SMART). Para o recebimento dos componentes fixo e variável do incentivo financeiro de custeio mensal, os núcleos de Telessaúde devem enviar, mensalmente, o relatório de produção do Núcleo ao SMART com todas as informações necessárias para o acompanhamento dos indicadores. Informar no ofício a fase de integração com o SMART.
Passo 3	Informar a instituição que presta os serviços de teleconsultoria.
Passo 4	Informar se houve mudança de perfil do núcleo.
Passo 5	 Encaminhar resolução com a pactuação de linhas de cuidado e/ou especialidades prioritárias. Os Núcleos de Telessaúde articulados à SES e ao COSEMS devem

- buscar identificar a especialidade/procedimento especializado com demanda reprimida (identificada por um tempo de espera prolongado) no estado ou região, cujos motivos de encaminhamento são sensíveis às ações clínicas em Atenção Básica e sua capacidade de resposta (resolutividade).
- Ter o elenco de especialidades/motivos de encaminhamento, poderão: *i)* conhecer os protocolos de encaminhamento ofertados pelo Ministério da Saúde, para utilizá-los ou adaptá-los à realidade locoregional; e/ou *ii)* elaborar protocolos de encaminhamento próprios.
- Após definir a(s) linha(s) de cuidado e protocolos de encaminhamento, deve-se aprovar a resolução nas instâncias colegiadas de gestão (CIR ou CIB), relacionando responsabilidades e compromissos das entidades envolvidas no processo (SES, COSEMS, Núcleos de Telessaúde, Central de Regulação, gestores municipais de Saúde);
- Enviar resolução CIB ou CIR que apresente a(s) linha(s) de cuidado/protocolo(s) de encaminhamento escolhido(s)/pactuado(s), com as seguintes informações: i) especialidade/agravo com o respectivo protocolo de encaminhamento pactuado; ii) lista de CIAP-2 (Classificação Internacional da Atenção Primária 2) relacionados à especialidade e/ou ao protocolo de encaminhamento pactuado e que deverão ser monitorados para cálculo da produção da 3ª dimensão do componente variável do custeio.

Mais informações podem ser encontradas no *Manual técnico do Telessaúde*, disponível para *download* no portal do DAB.¹³

Tabela 9 – Incentivos financeiros (custeio)

Porte	Número de equipes participantes	Componente fixo (R\$)	Componente variável (R\$)	Total máximo/mês (R\$)
Porte I	80 a 199	25.000,00	25.000,00	50.000,00
Porte II	200 a 399	30.000,00	30.000,00	60.000,00
Porte III	400 a 599	35.000,00	35.000,00	70.000,00
Porte IV	600 a +	40.000,00	40.000,00	80.000,00

Fonte: Portaria n° 2.859/2014

Legislação:

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.362, de 2 de julho de 2012. Habilita municípios a receberem recursos referentes ao Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde — Componente Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 127, Seção 1, p. 44-49, 3 jul. 2012.

¹³ Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_tecnico_telessaude_preliminar.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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, n. 208, Seção 1, p. 50, 29 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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, n. 209, Seção 1, p. 28-29, 29 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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, n. 214, Seção 1, p. 48, 8 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 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, n. 229, Seção 1, p. 106-111, 30 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.859, de 29 de dezembro de 2014. Institui o incentivo financeiro de custeio mensal destinado aos Núcleos Intermunicipais e Estaduais de Telessaúde do Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 252, Seção 1, p. 61-62, 30 dez. 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.084, de 23 de dezembro de 2011. Estabelece recursos financeiros destinados ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 247, Seção 1, p. 229, 26 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.127, de 28 de dezembro de 2012. Altera dispositivos da Portaria nº 2.554/GM, de 28 de outubro de 2011, que institui, no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde, o Componente de Informatização e Telessaúde Brasil Redes na Atenção Básica, integrado ao Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 251, Seção 1, p. 224-225, 31 dez. 2012.

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB) E-mail: telessauderedes@saude.gov.br Telefone: (61) 3315-5905

Ação 30 – Implantar o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS)

30.1 – Financiar a construção de UBS para as equipes de Saúde da Família

O financiamento de construções abrange todos os municípios brasileiros e tem o objetivo de propiciar o melhor desempenho das ações das unidades básicas de saúde (UBS), melhorando, consequentemente, o acesso às ações de saúde para a população. As propostas de implantação de UBS deverão seguir os requisitos estabelecidos no Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde.

Tabela 10 – Valores a serem destinados pelo MS para o incentivo à construção de cada UBS, a partir de 2013

Porte da UBS	Valor repassado (R\$)	Metragem mínima (m²)
Porte I	408.000,00	245
Porte II	512.000,00	325
Porte III	659.000,00	400
Porte IV	773.000,00	475

Fonte: Portaria nº 340/2013

Obs.: a metragem da UBS deverá alcançar a metragem mínima estabelecida na Portaria nº 725, de 2 de maio de 2014. Considerar a soma da metragem dos ambientes, incluindo a área de circulação.

Custos da construção superior ou inferior ao incentivo repassado pelo MS:

- Caso o custo final da construção da UBS seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada por conta do próprio município ou Distrito Federal.
- Caso o custo final da construção da UBS seja inferior ao incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença no valor dos recursos poderá ser utilizada pelo município ou Distrito Federal para o acréscimo quantitativo de ações de construção dirigidas exclusivamente à mesma UBS contemplada.

Quadro 4 - Repasses do recurso para propostas de construção habilitadas

1ª Parcela (20% do total) 2ª Parcela (60% do total) 3ª Parcela (20% do total) Mediante a apresentação de: Mediante a inserção no Sismob de: Mediante a inserção no Sismob de: a) localização da UBS a ser construída; a) ordem de início de servico a) atestado/termo de conclusão informando o endereço completo da informando o endereco completo da b) coordenada geográfica do local da obra, assinado pelo gestor local e obra, assinada pelo gestor local e construção por meio de ferramenta pelo responsável técnico da obra. pelo responsável técnico da obra, disponibilizada no Sismob; devidamente identificado com Crea com respectivo Crea ou CAU; c) documento de posse do terreno: ou CAU: b) ofício de encaminhamento à CIB; certidão de registro de imóveis. b) ofício de encaminhamento à CIB do termo de doação ou, declaração c) inserção das fotos correspondentes atestado de conclusão: comprobatória da condição de às etapas de execução da obra; e terreno público. c) inserção das fotos de todas as d) inserção da placa de identificação da etapas de execução obra; e d) fotografias do terreno; obra de acordo com o quia de sinalização visual do SUS (Portaria d) inserção das demais informações e) porte da UBS a ser construída (Porte nº 2.838, de 1º de dezembro de requeridas pelo Sismob. I, II, III ou IV); e 2011). f) comunidades a serem beneficiadas e número de habitantes a serem assistidos pela UBS.

Fonte: Portaria nº 340/2013.

Cadastro de proposta de construção de UBS no Sismob - passo a passo:

Passo 1	O proponente, geralmente o secretário de saúde do município ou o técnico, deverá cadastrar proposta no sistema. Disponível em: http://dab2.saude.gov.br/sistemas/sismob/login.php		
Passo 2	Para acessar o sistema, é necessário o CPF e uma senha de acesso. Caso a senha ainda não tenha sido cadastrada, informar o CNPJ do Fundo Municipal de Saúde e a senha; em seguida, cadastrar o prefeito, o engenheiro e o técnico (a senha será encaminhada por e-mail).		
Passo 3	Preencher o questionário on-line de diagnóstico das UBS.		
Passo 4	Clicar no botão "cadastro da proposta".		
Passo 5	Selecionar o tipo de recurso (programa ou emenda) na coluna referente à construção.		
Passo 6	Clicar no botão "Nova proposta" para iniciar o cadastro.		
Passo 7	Informar os dados referentes à UBS e clicar no botão "Avançar proposta".		
Passo 8	Anexar o documento e as fotos do terreno.		
Passo 9	Visualizar os ambientes e suas respectivas áreas mínimas a serem construídas. Caso seja preciso cadastrar outra proposta, clicar no botão "Visualizar propostas cadastradas".		
Passo 10	Após cadastrar todas as propostas de construção, definir a ordem de prioridade e clicar no botão "Salvar" para enviar as propostas cadastradas ao Ministério da Saúde.		
Passo 11	Após definir a prioridade e clicar no botão "Salvar", será possível visualizar todas as propostas cadastradas e enviadas para o Ministério da Saúde.		

Nota: ¹ Se o município não possuir a senha do Fundo Municipal de Saúde, deverá entrar em contato com a Divisão de Convênios (DICON) do seu estado e atualizar o cadastro do município.

Contatos:

Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos (GTEP)

E-mail: dab@saude.gov.br

Requalifica UBS: qualifica UBS@saude.gov.br

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

30.2 - Financiar a ampliação de unidades básicas de saúde

A ampliação se refere ao acréscimo de área a uma edificação existente ou mesmo construção de uma nova edificação para ser agregada fisicamente a um estabelecimento já existente.

Quais unidades básicas de saúde (UBS) poderão ser ampliadas?

O MS financiará **ampliação** de UBS implantadas em imóvel próprio do município/Distrito Federal ou a ele cedido por outro ente federativo, que possua documentação regular, que tenha metragem inferior a 153,24 m² ou metragem superior a 153,24 m², desde que seja ampliada a oferta de serviços ou o número de equipes.

Valores dos recursos financeiros a serem destinados pelo MS para o incentivo à ampliação de cada UBS:

• Valor mínimo: R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais)

• Valor máximo: R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais)

Custo da ampliação superior ou inferior ao incentivo repassado pelo MS:

- Caso o custo final da ampliação da UBS seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada pelo próprio município ou Distrito Federal.
- Caso o custo final da ampliação da UBS seja inferior ao incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença no valor dos recursos poderá ser utilizada pelo município ou Distrito Federal para o acréscimo quantitativo de ações de ampliação dirigidas exclusivamente à mesma UBS contemplada.

Quadro 5 – Repasses do recurso para propostas de ampliação habilitadas

1ª Parcela (20% do total)	2ª Parcela∄(80% do total)
Repassada após a publicação da Portaria específica de habilitação.	Mediante a inserção no Sismob de: ordem de início de serviço contendo o endereço completo da obra, nome e nº de CNES da UBS, assinada pelo gestor local e pelo responsável técnico da obra, com respectivo nº registro do CREA ou CAU;
	a) ofício de encaminhamento à CIB da respectiva ordem de início de serviço;
	b) imagens correspondentes às etapas de início e execução da obra; e
	c) imagens da placa de identificação da obra de acordo com o guia de sinalização visual do SUS (Portaria nº 2.838, de 1º de dezembro de 2011).

Fonte: Portaria nº 339/2013.

Cadastro de proposta para ampliação de UBS no Sismob - passo a passo:

Passo 1	O proponente, geralmente o secretário de saúde do município ou o técnico, deverá cadastrar proposta no sistema. Disponível em: http://dab2.saude.gov.br/sistemas/sismob/login.php
Passo 2	Para acessar o sistema, é necessário o CPF e uma senha de acesso. Caso a senha ainda não tenha sido cadastrada, informe o CNPJ do Fundo Municipal de Saúde e senha, em seguida, cadastre o prefeito, engenheiro e técnico (a senha será encaminhada por e-mail).

Passo 3	Preencher o questionário on-line de diagnóstico das UBS.
Passo 4	Clicar no botão "Cadastro da proposta".
Passo 5	Selecionar o tipo de recurso (programa ou emenda) na coluna referente à ampliação.
Passo 6	Clicar no botão "Nova proposta" para iniciar o cadastro da proposta.
Passo 7	Informar os seguintes dados: coordenada geográfica, metragem após a ampliação e população atendida.
Passo 8	Selecionar o tipo de ambiente.
Passo 9	Selecionar a quantidade existente do ambiente selecionado. Atenção: para que a proposta seja concluída, deve-se informar a quantidade existente de todos os ambientes. Caso sua UBS não possua o ambiente selecionado, informe 0 (zero) em "Qtd. Ambiente Existente".
Passo 10	Informar a metragem atual do ambiente selecionado, clicar em "Sim" se desejar ampliá-lo e informar à metragem que deseja ampliar. Após preencher as devidas informações, clicar em "Salvar Ambiente". Atenção: para que a proposta seja concluída, deve-se informar a metragem atual de todos os ambientes existentes.
Passo 11	Informar a metragem a ser ampliada, caso tenha escolhido ampliar o ambiente.
Passo 12	Caso seja possível construir um novo ambiente selecionado, irá aparecer a próxima tela para preenchimento. Após preencher clicar em "Salvar ambiente".
Passo 13	Informar a metragem a ser construída, caso tenha escolhido construir novo ambiente.
Passo 14	Clicar no botão "Avançar proposta" após cadastrar todos os ambientes.
Passo 15	Clicar no botão "gerar proposta".
Passo 16	Anexar fotos dos ambientes a serem ampliados ou da área onde será construído o novo ambiente e clicar no botão "finalizar proposta". Após cadastrar todas as propostas de ampliação, deve-se definir a ordem de prioridade e clicar no botão "Salvar" para enviar as propostas cadastradas para o Ministério da Saúde
Passo 17	Após definir a prioridade e clicar no botão "Salvar", será possível visualizar todas as propostas cadastradas e enviadas para o Ministério da Saúde. Atenção: após enviar as propostas para o Ministério da Saúde, não será possível cadastrar novas propostas nem alterar ou excluir propostas cadastradas do componente em questão. Caso alguma proposta tenha sido enviada equivocadamente para o Ministério da Saúde, deve-se clicar no botão "Cancelar priorização".

Contatos:

Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos (GTEP)

E-mail: dab@saude.gov.br

Requalifica UBS: qualifica UBS@saude.gov.br

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

30.3 - Financiar a reforma de unidades básicas de saúde

A reforma de unidade básica de saúde (UBS) consiste na alteração de ambientes, porém sem acréscimo de área construída, podendo incluir: vedações e/ou instalações existentes; substituição ou recuperação de materiais de acabamento ou instalação existentes; e substituição ou recuperação de materiais de acabamento ou instalações existentes.

Grupos de serviços que compõem o componente reforma:

- demolições e retiradas;
- infraestrutura;
- estrutura;
- alvenaria:
- cobertura;
- esquadrias;
- instalações hidrossanitárias;
- instalações elétricas;
- rede lógica;
- instalações especiais;
- pisos;
- revestimentos:
- vidros;
- pinturas; e
- limpeza da obra.

Quais UBS poderão ser reformadas?

Podem ser reformadas as UBS implantadas em imóvel próprio do município/Distrito Federal ou a ele cedido por outro ente federativo, que possuam documentação regular e cuja metragem seja superior a 153,24 m².

Valores dos recursos financeiros a serem destinados pelo MS para o incentivo à reforma de cada UBS:

- UBS com metragem de 153,24 m² até 293,28 m²:
 - valor mínimo de R\$ 30.000,00.
 - o valor máximo de R\$ 150.000,00.
- UBS com metragem superior a 293,28 m²:
 - o valor mínimo de R\$ 30.000,00.
 - o valor máximo de R\$ 350.000,00.

Custo da reforma superior ou inferior ao incentivo repassado pelo MS:

- Caso o custo final da reforma da UBS seja superior ao incentivo financeiro repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença de valores deverá ser custeada pelo próprio município ou Distrito Federal.
- Caso o custo final da reforma da UBS seja inferior ao incentivo repassado pelo Ministério da Saúde, a respectiva diferença no valor dos recursos poderá ser utilizada pelo município ou Distrito Federal para o acréscimo quantitativo de ações previstas em qualquer dos grupos de serviços e dirigidas exclusivamente à mesma UBS contemplada.

Quadro 6 – Repasses do recurso para propostas de reforma habilitadas

1ª Parcela∄(20% do total)	2ª Parcela』(80% do total)
Repassada após a publicação da Portaria específica de habilitação.	Mediante a inserção no Sismob de: ordem de início de serviço contendo o endereço completo da obra, nome e nº de CNES da UBS, assinada pelo gestor local e pelo responsável técnico da obra, com respectivo nº registro do CREA ou CAU;
	a) ofício de encaminhamento à CIB da respectiva ordem de início de serviço;
	b) imagens correspondentes às etapas de início e execução da obra; e
	c) imagens da placa de identificação da obra de acordo com o guia de sinalização visual do SUS (Portaria nº 2.838, de 1º de dezembro de 2011).

Fonte: Portaria nº 341/2013.

Cadastro de proposta para reforma de UBS no Sismob – passo a passo:

Passo 1	O proponente, geralmente o secretário de saúde do município ou o técnico, deverá cadastrar proposta no sistema. Disponível em: http://dab2.saude.gov.br/sistemas/sismob/login.php
Passo 2	Para acessar o sistema, é necessário o CPF e uma senha de acesso. Caso a senha ainda não tenha sido cadastrada, informe o CNPJ do Fundo Municipal de Saúde e senha, em seguida, cadastre o prefeito, engenheiro e técnico (a senha será encaminhada por e-mail). ¹

Passo 3	Preencher o questionário on-line de diagnóstico das UBS.
Passo 4	Clicar no botão "Cadastro da proposta".
Passo 5	Selecionar o tipo de recurso (programa ou emenda) na coluna referente à reforma.
Passo 6	Informar os dados referentes à UBS e clicar no botão "Avançar proposta".
Passo 7	Informar a porcentagem a realizar dos grupos de serviços.
Passo 8	Inserir fotografias dos ambientes a serem reformados e clicar no botão "Concluir proposta".
Passo 9	Após cadastrar todas as propostas de reforma, deve-se definir a ordem de prioridade e clicar no botão "Salvar" para enviar as propostas cadastradas para o Ministério da Saúde.
Passo 10	Após definir a prioridade e clicar no botão "Salvar", será possível visualizar todas as propostas cadastradas e enviadas para o Ministério da Saúde. Atenção: após enviar as propostas para o Ministério da Saúde, não será possível cadastrar novas propostas nem alterar ou excluir propostas cadastradas do componente em questão. Caso alguma proposta tenha sido enviada equivocadamente para o Ministério da Saúde, deve-se clicar no botão "Cancelar priorização".

Condições para continuar no Programa de Requalificação de UBS:

Critérios:	O município/Distrito Federal deverá informar o início, andamento, conclusão e posteriores manutenções preventivas da obra, incluindo-se dados referentes ao projeto, contratação, localização geográfica, fotos anterior ao início da obra, fotos correspondentes às etapas de execução da obra.
Período para alimentação do SISMOB:	O município/Distrito Federal será responsável pela permanente e contínua atualização das informações no SISMOB, no mínimo, uma vez a cada 60 (sessenta) dias.

Devolução de recurso:

Ocorrerá devolução de recurso na hipótese de descumprimento dos prazos definidos para execução e conclusão da obra.

Suspensão de recurso:

Ocorrerá suspensão de recurso caso o Sismob não seja acessado e atualizado pelo menos uma vez durante um período de 60 (sessenta) dias consecutivos pelo ente federativo beneficiário.

A Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS) providenciará a suspensão de recursos financeiros do Programa de Requalificação de UBS e de outros programas ou

estratégias instituídos e financiados pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) por meio do Ministério da Saúde.

Regularizada a causa que ensejou a suspensão do repasse de recursos financeiros, o Fundo Nacional de Saúde providenciará a regularização das transferências dos recursos.

Publicações

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

http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/manual-placas-de-obra.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de sinalização das unidades e serviços do sistema único de saúde** – SUS. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/guiasinalizacao_301111.pdf. Acesso em: 19 mar. 2015.

Legislação

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 340, de 4 de março de 2013. Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 43, Seção 1, p. 43, 5 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 339, de 4 de março de 2013. Redefine o Componente Ampliação do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 43, Seção 1, p. 41, 5 mar. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 341, de 4 de março de 2013. Redefine o Componente Reforma do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 46, Seção 1, p. 43, 5 mar. 2013.

Contatos:

Grupo Técnico de Gerenciamento de Projetos (GTEP)

E-mail: dab@saude.gov.br

Regualifica UBS: qualificaUBS@saude.gov.br

Site: www.saude.gov.br/dab Site: www.fns.saude.gov.br

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

Ação 31 – Ampliar o acesso da população privada de liberdade aos serviços de saúde por meio das Equipes de Atenção Básica Prisional

O que é:

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

Modalidades:

As equipes podem se organizar em cinco modalidades, e o repasse de recursos financeiros é definido conforme cada uma:

- Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo I (EABP-I) (classificação CNES 50) formada por 5 profissionais, com as mesmas categorias profissionais da Estratégia de Saúde da Família (técnico ou auxiliar de enfermagem, cirurgião-dentista e técnico ou auxiliar de saúde bucal) e carga horária de 6 horas semanais.
- Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo I com Saúde Mental (EABP-I com Saúde Mental) (classificação CNES 51) formada por 8 profissionais: 5 profissionais das mesmas categorias que compõem a Estratégia de Saúde da Família, somados a 1 psiquiatra ou médico com experiência em Saúde Mental e 2 profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, farmacêutico ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá carga horária de 6 horas semanais.
- Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo II (EABP-II) (classificação CNES 52) formada por 8 profissionais: 5 profissionais das mesmas categorias que compõem a Estratégia de Saúde da Família, somados a 1 psicólogo, 1 assistente social e 1 profissional escolhido entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá carga horária de 20 horas semanais.
- Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo II com Saúde Mental (EABP-II com Saúde Mental) (classificação CNES 53) formada por 11 profissionais: 5 profissionais das mesmas categorias que compõem a Estratégia de Saúde da Família, somados a 1 psiquiatra ou médico com experiência em Saúde Mental, 1 psicólogo, 1 assistente social e 3 profissionais escolhidos entre as seguintes categorias: terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista, farmacêutico, assistente social ou enfermeiro. Esta modalidade de equipe cumprirá a carga horária de 20 horas semanais.

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

Passo a passo para habilitação do serviço pelo estado:

Passo 1	Assinatura do Termo de Adesão à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) pelos secretários Estaduais de Saúde e de Justiça (ou congênere). O modelo do termo de adesão está disponível no anexo I da Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014.
Passo 2	Elaboração do Plano de Ação Estadual da PNAISP. Para facilitar a elaboração do plano, foi criado um formulário padronizado no FormSUS. Para ter acesso ao formulário, o gestor poderá solicitar o <i>link</i> à Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB/DAB/SAS/MS). ¹
Passo 3	Publicação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria que aprova a adesão do estado à PNAISP.
Passo 4	Cadastro, pelo estado, da(s) equipe(s) de Atenção Básica Prisional no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme a Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014, e a Portaria nº 305, de 10 de abril de 2014.
Passo 5	Solicitação, pelo estado, de habilitação da(s) equipe(s) de Atenção Básica Prisional no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), em conformidade com a(s) equipe(s) anteriormente cadastrada(s) no SCNES. Disponível em: http://saips.saude.gov.br/autenticacao
Passo 6	Publicação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria de habilitação da(s) equipe(s) de Atenção Básica Prisional.

Nota: ver contatos ao final desta seção (p. 118).

Passo a passo para habilitação do serviço pelos municípios:

Passo 1	Assinatura do Termo de Adesão à PNAISP pelo secretário Municipal de Saúde, respeitando a prévia adesão estadual à Política.
Passo 2	Elaboração do Plano de Ação Municipal da PNAISP. Para facilitar a elaboração do plano, foi criado um formulário padronizado no FormSUS. Para ter acesso ao formulário, o gestor poderá solicitar o <i>link</i> à Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB/DAB/SAS/MS). ¹
Passo 3	Publicação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria que aprova a adesão do município à PNAISP.

Passo 4	Cadastro, pelo município, da(s) Equipe(s) de Atenção Básica Prisional no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme a Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014 e a Portaria nº 305, de 10 de abril de 2014.
Passo 5	Solicitação de habilitação da(s) equipe(s) de Atenção Básica Prisional no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde (SAIPS), em conformidade com a(s) equipe(s) anteriormente cadastrada(s) no SCNES. Disponível em: http://saips.saude.gov.br/autenticacao.
Passo 6	Publicação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria de habilitação da(s) Equipe(s) de Atenção Básica Prisional.

Nota: ver contatos ao final desta seção (p. 118).

Incentivos financeiros:

O incentivo financeiro de custeio mensal para as Equipes de Atenção Básica Prisional (EABP) é estabelecido por um valor mínimo de equipe, acrescido de uma porcentagem, a depender da taxa de custodiados pelo município e do grupo homogêneo do Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS). Os valores mínimos por equipe, a depender da modalidade, segundo a Portaria nº 482, de 1º de abril de 2014, são os seguintes:

- Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo I (EABP-I) valor mínimo de R\$ 3.957,50 (três mil, novecentos e cinquenta e sete reais e cinquenta centavos) por mês;
- Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo I com Saúde Mental (EABP-I com Saúde Mental) – valor mínimo de R\$ 6.790,00 (seis mil, setecentos e noventa reais) por mês;
- Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo II (EABP-II) valor mínimo de R\$
 19.191,65 (dezenove mil, cento e noventa e um reais e sessenta e cinco centavos)
 por mês;
- Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo II com Saúde Mental (EABP-II com Saúde Mental) – valor mínimo de R\$ 28.633,31 (vinte e oito mil, seiscentos e trinta e três reais e trinta e um centavos) por mês;
- Equipe de Atenção Básica Prisional Tipo III (EABP-III) valor mínimo de R\$ 42.949,96 (quarenta e dois mil, novecentos e quarenta e nove reais e noventa e seis centavos) por mês.

Legislação:

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

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

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

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)

Site: www.saude.gov.br/dab E-mail: dab@saude.gov.br

Telefones: (61) 3315-5905/5902

Ação 32 – Garantir o processo de desinstitucionalização dos presídios e/ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico para a Rede de Atenção à Saúde

O que é:

Consiste no serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (EAP).

Para que serve:

As equipes do serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei (EAPs) são multidisciplinares e objetivam apoiar ações e serviços para atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei a partir do redirecionamento dos modelos de atenção à saúde. Entende-se por redirecionamento a substituição das atuais modalidades de medida de segurança, como as alas de tratamento psiquiátrico em presídios e/ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, por medidas terapêuticas de bases comunitárias, de modo a evitar o tratamento em meio fechado e garantir o retorno à liberdade.

Cada equipe cumprirá carga horária de 30 horas semanais e será composta de cinco profissionais: enfermeiro, médico psiquiatra ou médico com experiência em saúde mental, psicólogo, assistente social e um profissional com formação em ciências humanas, sociais ou da saúde, tais como advogado, pedagogo, farmacêutico, pesquisador em ciências da saúde, pesquisador em ciências sociais e humanas, sociólogo, terapeuta ocupacional e antropólogo.

Essas equipes deverão oferecer seus serviços em postos de saúde, unidades básicas de saúde, policlínicas, unidades móveis fluviais, centros especializados, unidades móveis terrestres, hospitais dia, secretarias de saúde ou centros de atenção psicossocial, não podendo suas atividades serem desenvolvidas nas unidades prisionais.

Passo a passo para habilitação do serviço:

Passo 1	Apresentar Termo de Adesão para implantação do serviço de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a lei.
Passo 2	Apresentar, em até 180 dias após a habilitação, Plano de Ação para o redirecionamento dos modelos de atenção à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei. Para facilitar a elaboração desse Plano, foi criado um formulário padronizado no FormSUS.
Passo 3	Cadastrar a Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei (EAP) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), conforme a Portaria SAS nº 142, de 28 de fevereiro de 2014.

Solicitar a habilitação DA Equipe de Avaliação e Acompanhamento das Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito Passo 4 com a Lei (EAP) no Sistema de Apoio à Implementação de Políticas em Saúde Passo 5

(SAIPS), em conformidade com a(s) equipe(s) anteriormente cadastrada(s) no SCNES. O sistema está disponível em: http://saips.saude.gov.br/autenticacao Publicação, pelo Ministério da Saúde, da portaria que habilita a equipe de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa

Incentivo financeiro:

Segundo a Portaria nº 95, de 14 de janeiro de 2014, o incentivo financeiro destinado ao custeio do serviço de Avaliação e Acompanhamento de Medidas Terapêuticas Aplicáveis à Pessoa com Transtorno Mental em Conflito com a Lei será no valor unitário de R\$ 66.000,00 (sessenta e seis mil reais) por mês.

com transtorno mental em conflito com a lei:

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 94, de 14 de janeiro de 2014. Institui o serviço de avaliação de acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, n. 10, Seção 1, p. 37, 15 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 14 de janeiro de 2014. Dispõe sobre o financiamento do serviço de avaliação de acompanhamento às medidas terapêuticas aplicáveis ao paciente judiciário, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, n. 10, Seção 1, p. 38, 15 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 142, de 28 de fevereiro de 2014. Estabelece normas para o cadastramento no SCNES das equipes que realizarão serviços de avaliação e acompanhamento de medidas terapêuticas aplicáveis à pessoa com transtorno mental em conflito com a Lei Diário Oficial da União, Brasília, n. 43, Seção 1, p. 59, 5 mar. 2014.

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)

Site: www.saude.gov.br/dab E-mail: dab@saude.gov.br

Telefones: (61) 3315-5905/5902

Ação 33 – Garantir a execução das ações e serviços de saúde referentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional.

O que é:

Compreende ações e serviços de saúde referentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP).

Para que serve:

Visa garantir o acesso da população privada de liberdade no sistema prisional a medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica para atendimento e tratamento medicamentoso dos agravos mais comuns no sistema prisional.

A execução das ações e serviços de saúde referentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP é descentralizada, sendo de responsabilidade dos estados e do Distrito Federal. Para que o município seja responsável pela execução, deverá seguir o passo a passo a seguir.

Passo a passo para o município:

Passo 1	Após finalizar o processo de adesão à PNAISP, o ente federativo municipal pactua junto à Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a descentralização dos recursos financeiros.
Passo 2	As Secretarias de Saúde dos Estados encaminham a respectiva Resolução CIB ao Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF/SCTIE/MS), até o final do primeiro trimestre de cada exercício financeiro. O envio deve ser feito por meio do endereço eletrônico sprisional.cgafb@saude.gov.br
Passo 3	O Ministério da Saúde publica a portaria que aprova a descentralização de responsabilidades pela execução do recurso financeiro do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP para os municípios, desde que esses tenham aderido à PNAISP.

Incentivo financeiro:

O montante de recursos financeiros destinado à execução das ações e serviços de saúde referentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da PNAISP será descentralizado e repassado em parcela única.

O recurso a ser repassado considerará a base populacional de pessoas privadas de liberdade no Sistema Prisional informada por Sistemas Oficiais da Justiça Criminal em âmbito nacional, correspondendo a R\$ 17,73 (dezessete reais e setenta e três

centavos) por pessoa privada de liberdade no Sistema Prisional, sendo esses valores corrigidos no início de cada exercício financeiro.

Legislação:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.765, de 12 de dezembro de 2014. Dispõe sobre as normas para financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p. 39, 15 dez. 2014.

Contatos:

Coordenação-Geral de Gestão da Atenção Básica (CGGAB)

Site: www.saude.gov.br/dab E-mail: dab@saude.gov.br

Telefones: (61) 3315-5905/-5902

Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF/SCTIE/MS)

Site: www.saude.gov.br/daf

E-mail: sprisional.cgafb@saude.gov.br Telefones: (61) 3315-8963/ 3306-8135