

MANUAL PARA OS NOVOS GESTORES:



CONHECENDO A ATENÇÃO BÁSICA

2ª EDIÇÃO

SECRETARIA DA
SAÚDE

BAHIA
GOVERNO DO ESTADO

Rui Costa

Governador do Estado da Bahia

Fábio Vilas-Boas

Secretário da Saúde do Estado da Bahia

Jassicon Queiroz

Superintendente de Atenção Integral à Saúde

José Cristiano Soster

Diretor da Atenção Básica

ORGANIZAÇÃO:

Diretoria de Atenção Básica - Unidade de Produção Ativa SUS

Adriana Alcântara Franco Marques
Aline Gomes Fernandes Santos
Daisy de Sá Bittencourt Camara Silva Matos
Elisa Maria Ramos Carvalho
Gabriela Pereira Rocha
José Cristiano Soster
Lyz dos Santos Vianna
Françoise Elaine Silva Oliveira
Kássia Jeane Félix dos Santos Vieira
Rosana Maria Rehem da Silva Fialho
Rosivan Barbosa de Matos
Sávia Souza Machado

Equipe de elaboração

Elisa Maria Ramos Carvalho
Françoise Elaine Silva Oliveira
Rosana Maria Rehem da Silva Fialho
Sávia Souza Machado

Revisão técnica

Françoise Elaine Silva Oliveira
Márcia Ediméia Matos
Rosana Maria Rehem da Silva Fialho
Sávia Souza Machado

Colaboradores

Aloisio Guillen Moreira
Adriana Alcântara Franco Marques
Alan John de Jesus Costa
Anderson Freitas de Santana
Daisy de Sá Bittencourt Camara Silva Matos
Diego Rangel dos Anjos Prata
Helena Oliveira Salomão do Amaral
Kally Cristina Soares Silva
Kássia Jeane Félix dos Santos Vieira

Jesiellen de Almeida Damacena
Jessica Barros Duarte Oliveira
Lyz dos Santos Vianna
Luiz Gaudencio Passos Moreira
Márcia Ediméia Matos
Marcus Vinicius Bonfim Prates
Nilma Lima dos Santos
Simone Janete Oliveira Barbosa
Thiago Gonçalves do Nascimento Piropo
Tainara Rios de Azevedo Souza

Equipe Técnica da Diretoria de Atenção Básica

Adeilda Ananias de Lima
Adriana Alcântara Franco Marques
Alan John de Jesus Costa
Alessandra Vasconcelos dos Santos Cerqueira
Aline da Rocha Melo
Aline Gomes Fernandes Santos
Aloisio Guillen Moreira
Ana Paula Torres Pinheiro
Anderson Freitas de Santana
Anny Everson Belas Hayvanon
Bárbara Leandro do Espírito Santos Ramos
Daiane Fernandes Sena
Daisy de Sá Bittencourt Camara Silva Matos
Denise Rodrigues Diniz
Diego Emanuel Lisboa da Silva
Diego Rangel dos Anjos Prata
Eliane Maria de Souza
Elias dos Santos Silva
Elisa Maria Ramos Carvalho
Fábio Brito dos Reis
Fabiola Mesquita Mangabeira Grassi
Françoise Elaine Silva Oliveira
Gabriela Malaquias dos Santos
Gabriela Pereira Rocha
Gilne da Silva Cruz
Gladys Reis de Oliveira
Helena Oliveira Salomão do Amaral

Ieda Macedo dos Santos
Ieda Zilmara de Queiroz Jorge da Silva
Isabella Oliveira Cordeiro Andrade
Ivone de Freitas Alcântara
Ivonete Queiroz
Jandira Lopes Cruz
Joceval de Araújo
José Cristiano Soster
Júlia Gonçalves Costa
Juliana Lamounier Elias
Juliana Terribili Novaes Santos
Kally Cristina Soares Silva
Karena Maria Cruz Dultra
Kássia Jeane Félix dos Santos Vieira
Lindinalva Soares Silva
Livia Daniela Xavier
Luciene Oliveira
Lucivana Bárbara Oliveira da Silva
Ludmilla Monfort Oliveira Sousa
Lyz dos Santos Vianna
Marcelo Rios Lopes
Marcia Ediméia Matos
Marcus Vinicius Bonfim Prates
Maria das Graças Gonsalves de Oliveira
Maria José Santana
Mariana Lisboa Costa
Marina Souza Vieira
Michele Pereira Almeida
Monica Maria Lemos Pereira
Morgana Bastos Barreto
Naiara Freitas Carvalho de Andrade
Nara Camões Freire
Nilma Lima dos Santos
Patrícia Carvalho Andrade
Paula Cristina de Souza Barbosa
Paulo Roberto de Santana
Pedro Hernando Pairazamán Díaz
Raimunda Maria Cerqueira Santos
Rivany Ribeiro da Silva Lima
Rosana Maria Rehem da Silva

Rosivan Barbosa de Matos
Rute Maria Coutinho
Samantha Habib Miguel B. Ferreira
Sávia Souza Machado
Sílvia Pereira de Aleluia
Simone Janete Oliveira Barbosa
Tainara Rios de Azevedo Souza
Teresa Cristina Guimarães Lima Cruz
Thiago Gonçalves do Nascimento Piropo
Valéria Aguiar
Vanessa Santos Estrela
Viviane dos Santos Patrocínio

2017 Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Todos os direitos de edição reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra desde que citada a fonte e que não seja para a venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 2ª edição – 2017 – Versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações

Diretoria de Atenção Básica

Endereço: 4a Avenida 400, Plataforma 6, 2o andar, sala 222

Centro Administrativo da Bahia, Salvador/BA
CEP: 41.750-300

Tel.: (71) 3115-4375

Endereço eletrônico

www.saude.ba.gov.br/dab

Material disponível por meio eletrônico no site
www.saude.ba.gov.br/dab

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB - Atenção Básica
AF - Assistência Farmacêutica
ACE - Agentes de Combate às Endemias
ACS - Agente Comunitário de Saúde
AD - Atenção Domiciliar
AI - Apoio Institucional
AP - A colhimento Pedagógico
App - Aplicativos
ASB - Auxiliar de Saúde Bucal
BA - Bahia
BOS - Bases Operacional de Saúde
CAF - Centrais de Abastecimento Farmacêutico
CEO - Centro de Especialidades odontológicas
CIB - Comissão Intergestora Bipartite
CIR - Comissão Intergestores Regional
CIT - Comissão Intergestores Tripartite
CLS - Conselhos Locais de Saúde
CMS - Conselho Municipal de Saúde
CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS - Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
COAD - Coordenação de Apoio e Desenvolvimento da Atenção Básica
COAM - Coordenação de Avaliação e Apoio Matricial
COGEP - Coordenação de Gestão de Projetos
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
COSEMS - Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde
CDS - Coleta de Dados Simplificado
DAB - Diretoria de Atenção Básica
DGC - Diretoria de Gestão do Cuidado
EACS - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
eCR - Equipe de Consultório na Rua
EP - Educação Permanente
EqSB - Equipe de Saúde Bucal
EqSF - Equipe de Saúde da Família
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FMS - Fundo Municipal de Saúde
FNS - Fundo Nacional de Saúde
GM - Gabinete do Ministro
GTI - Grupo de Trabalho Interinstitucional
GTI-F Grupo de Trabalho Intersetorial Federal

GTI-M - Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal
IES - Instituições de Ensino Superior
IGD-M - Índice de Gestão Descentralizada Municipal
LRPD - Laboratório Regional de Prótese Dentária
MAC - Média e Alta Complexidade ambulatorial e hospitalar
MEC - Ministério da Educação
MS - Ministério da Saúde
NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOB - Norma Operacional Básica
NRS - Núcleo Regional de Saúde
PAB - Piso da Atenção Básica
PBF - Programa Bolsa Família
PEAB - Política Estadual de Atenção Básica
PEC - Prontuário Eletrônico do Cidadão
PDR - Plano Diretor de Regionalização
PIB - Produto Interno Bruto
PIC - Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ-AB - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM - Projeto Mais Médicos
PMMB - Programa Mais Médicos para o Brasil
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS
PPA - Plano Plurianual
PROVAB - Programa de Valorização da Atenção Básica
PSE - Programa Saúde na Escola
QUALIFAR-SUS - Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos
SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SAIS - Superintendência de Assistência Integral à Saúde
SAIPS - Sistema de Apoio à implantação de Políticas em Saúde
SESAB - Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SISAB - Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SISMOB - Sistema de Monitoramento de Obras
SOF - Segunda Opinião Formativa
SUS - Sistema Único de Saúde
TSB - Técnico de Saúde Bucal
UBS - Unidade Básica de Saúde
UOM - Unidade Odontológica Móvel

APRESENTAÇÃO

Sejam bem-vindos novos Gestores!

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), por meio da Diretoria de Atenção Básica (DAB) vinculada à Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS), organizou o “**Manual dos Novos Gestores: Conhecendo a Atenção Básica**” - 2ª edição, com o objetivo de acolher e apoiar os gestores que iniciam o trabalho em 2017, visando a ampliação do acesso e qualificação da Atenção Básica (AB).

O gestor municipal tem como responsabilidade, dentre outras, **organizar e manter com qualidade os serviços de AB**. Diante disso, esta diretoria reuniu as principais informações da AB, buscando facilitar a sua compreensão e conformação como componente estratégico das Redes de Atenção à Saúde e do Sistema Único de Saúde.

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

Jassicon Queiroz

Superintendente de Atenção Integral à Saúde

José Cristiano Soster

Diretor da Atenção Básica

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO	9
INTRODUÇÃO	12
A DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA.....	13
NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE (NRS)	17
ENTENDENDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.....	18
INSTÂNCIAS DE DECISÃO DO SUS.....	19
INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS.....	20
CONHECENDO A ATENÇÃO BÁSICA	22
APOIO INSTITUCIONAL.....	23
A COORDENAÇÃO MUNICIPAL DA ATENÇÃO BÁSICA.....	26
ACOLHIMENTO PEDAGÓGICO.....	28
AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA.....	29
FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA	32
SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA	35
ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	37
SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	39
UNIDADE ODONTOLÓGICA MÓVEL - UOM.....	42
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA.....	44
CONSULTÓRIO NA RUA	46
PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO	49

ACESSO E DA QUALIDADE - PMAQ	49
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA E ATENÇÃO BÁSICA	51
PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE	53
PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE.....	55
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA	61
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SISAB) E-SUS.....	63
SCNES - SISTEMA DE CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE.....	64
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS)	69
PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA	71
PROGRAMAS DE PROVISÃO DE MÉDICOS NA ATENÇÃO BÁSICA.....	72
PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA.....	74
REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....	76
REFERÊNCIAS.....	78
ANEXO I: TABELA DE FINANCIAMENTO.....	85

INTRODUÇÃO

O gestor municipal tem a responsabilidade de organizar e manter com qualidade os serviços de Saúde, dentre eles, a Atenção Básica. Quando bem estruturada, a AB tem a capacidade de resolver cerca de 80% das necessidades e problemas de saúde da população. Sendo assim, a presente publicação é dirigida especialmente aos novos gestores e tem como objetivo orientá-los na busca da ampliação, fortalecimento e qualificação da Atenção Básica nos seus respectivos municípios.

Os serviços da Atenção Básica são mais próximos da população e a realidade local poderá ser melhor conhecida pelos profissionais envolvidos, considerando as especificidades e características socioculturais. Desta forma, pode-se conseguir um melhor acolhimento, uma maior qualidade e uma maior resolutividade frente as necessidades dos usuários e coletividades.

Os avanços da Atenção Básica no Estado da Bahia são significativos, como demonstram os dados oficiais publicados. Durante o período de 2007 a 2015 houve um crescimento na cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de Saúde Bucal no Estado da Bahia de 44,0% e 65,85%, respectivamente. Assim a Bahia foi o Estado da região Nordeste que mais ampliou a cobertura de Saúde da Família e de Saúde Bucal. Em setembro de 2016 existiam implantadas 3.381 equipes de Saúde da Família e 2.136 equipes de Saúde Bucal cobrindo respectivamente 72,22 % e 48,86% da população. Nesse mesmo período, o número total de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) implantados foi de 365, sendo 258 NASF tipo I, 96 NASF Tipo II e 09 NASF tipo III (BRASIL, MS/SAS/DAB, 2016).

Os temas apresentados a seguir, abordam a conformação da Diretoria da Atenção Básica do Estado da Bahia, a organização dos Núcleos Regionais de Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo do Apoio Institucional, a avaliação e monitoramento na AB, o financiamento das ações e serviços da AB, e os Programas Ministeriais para fortalecimento da Atenção Básica.

A DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA

A Diretoria de Atenção Básica (DAB), situada no Centro Administrativo da Bahia, faz parte da Superintendência de Atenção Integral à Saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SAIS/SESAB) e é responsável pela gestão e coordenação da Política Estadual da Atenção Básica na Bahia (PEAB), aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde, em 08 de novembro de 2012.

O acompanhamento da Atenção Básica prestada pelos municípios é realizado pela DAB em parceria com os Núcleos Regionais de Saúde (NRS) e suas Bases Operacionais, sendo ofertado aos gestores municipais: A) auxílio ao planejamento e organização das ações da atenção básica; B) monitoramento e avaliação; C) ações de educação permanente para gestores e profissionais de saúde de acordo com as características e necessidades específicas dos municípios e regiões.

A Diretoria de Atenção Básica é constituída por 3 (três) Coordenações e o Núcleo de Telessaúde, apresentados a seguir:

COAD (Coordenação de Apoio e Desenvolvimento da Atenção Básica): responsável pelo acompanhamento dos processos de gestão regional e municipal da Atenção Básica, por meio do Apoio Institucional, organizado em 9 (nove) equipes, divididas por Macrorregiões de Saúde:

Equipes DAB/COAD	E-mail	Telefone
Equipe Centro Leste	macrocentroleste2016@gmail.com	(71) 3115-9655
Equipe Centro Norte	equipecentronorte@gmail.com	(71) 3115-9656
Equipe Extremo Sul	macroextremosul@gmail.com	(71)3115-9649
Equipe Leste	apoiolestedab@gmail.com	(71) 3115-9646
Equipe Nordeste	equipenordstedab@gmail.com	(71) 3115-9647
Equipe Norte	macronorte@gmail.com	(71) 3115-9651
Equipe Oeste	equipeoeste.dab@gmail.com	(71) 3115-9648
Equipe Sudoeste	apoiosudoeste@gmail.com	(71) 3115-9652
Equipe Sul	equipesuldab@gmail.com	(71) 3115-9653



Fonte: PDR/SESAB. Acessado em Dez, 2016.

COAM (Coordenação de Avaliação e Monitoramento): tem como objetivo institucionalizar os processos de avaliação e monitoramento da Atenção Básica no âmbito estadual e regional, além de fomentar a incorporação dos processos de avaliação e monitoramento na rotina dos municípios baianos, bem como apoiar os municípios quanto a questões relacionadas ao e-SUS, juntamente com o Núcleo de Telessaúde Bahia.

COAM	E-mail	Telefone
	coamdabsesab@gmail.com	(71) 3115-8335 / 8379 / 4353

COGEP (Coordenação de Gestão e Projetos): tem o papel de gerenciar os trâmites administrativos e financeiros que viabilizam a execução dos projetos da DAB em consonância com a legislação vigente e diretrizes do SUS. Além de apoiar os gestores municipais no acompanhamento do Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB) e análise da solicitação de crédito retroativo referente a recursos financeiros do Ministério da Saúde, quando bloqueados.

COGEP	E-mail	Telefone
	dab.cogep@gmail.com	(71)3115-4248 / 8339

Telessaúde Bahia - tem como atribuição a oferta de serviços como Teleconsultoria, Telegestão, Segunda Opinião Formativa (SOF) e Tele-Educação, dirigidos aos diversos profissionais da Atenção Básica com a finalidade de ampliar a resolubilidade e fortalecer a Estratégia de Saúde da Família.

TELESSAÚDE	E-mail	Telefone
	telessaude.ba@saude.ba.gov.br	
Equipe Centro Leste	Centroleste.telessaudeba@gmail.com	
Equipe Centro Norte	Centronorte.telessaudeba@gmail.com	
Equipe Extremo Sul	extremosul.telessaudeba@gmail.com	
Equipe Leste	leste.telessaudeba@gmail.com	
Equipe Nordeste	nordeste.telessaudeba@gmail.com	
Equipe Norte	norte.telessaudeba@gmail.com	
Equipe Oeste	oeste.telessaudeba@gmail.com	

Equipe Sudoeste	sudoeste.telessaudeba @gmail. com	(71) 3115-9650/ 4151
Equipe Sul	sul.telessaudeba @gmail.com	

Contato Geral da Diretoria de Atenção Básica	
Telefones	(71) 3115 4375 / 4198 / 8353 / 4162
Site	www.saude.ba.gov.br/dab
Facebook	facebook.com/dab.sesab
Youtube	TVDABSESAB
Email	saude.dab@saude.ba.gov.br

NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE (NRS)

A **Lei Estadual nº 13.204**, de **11 de dezembro de 2014** criou os **Núcleos Regionais de Saúde - NRS**.

Atualmente a estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo estadual da Bahia dispõe de 09 Núcleos Regionais de Saúde (NRS), 22 Bases Operacionais de Saúde (BOS) e 417 municípios.

Os NRS possuem ações que se articulam com as Bases Operacionais de Saúde. Essas ações/atividades são diferenciadas e complementares, sendo que nos municípios onde existe NRS, este executa também o papel da Base Operacional.

Os NRS e as BOS são a representação do Estado junto aos municípios, sendo atores fundamentais para garantir a implementação de políticas para a Atenção Básica, a qualidade da informação e dos processos (indicadores de saúde, conjuntura política, processo de trabalho) e a agilidade na comunicação entre Estado e municípios.

PARA SABER MAIS:

A distribuição territorial dos NRS encontra-se disponível no endereço eletrônico: <http://www.saude.ba.gov.br/obr> no menu “Região de Saúde”

ENTENDENDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

No ano de 2016, o SUS completou 27 anos! Para entender sua criação, é importante destacar dois marcos políticos da década de 80: a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, cujo relatório se tornou o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, e a Assembleia Nacional Constituinte que, a partir dos ideais expressos pelo vigoroso Movimento de Reforma Sanitária, deu origem ao SUS na Constituição de 1988.

Nesse contexto, e com esse respaldo social, são declarados os Princípios e Diretrizes que o SUS deve seguir em toda a sua Rede Regionalizada e Hierarquizada de ações e serviços de saúde, nas três esferas de governo: união, estados e municípios. Os Artigos nº 196 a 200 da Constituição Federal e, posteriormente, as Leis nº 8.080/90 e 8.142/90 determinam a saúde como direito de todos e dever do Estado e esclarece os princípios e diretrizes a serem seguidos:

1. Universalidade: significa que todo indivíduo em qualquer parte do território nacional, independente de idade, sexo, cor, religião ou situação de emprego, tem direito às ações e serviços de saúde públicos ou privados conveniados ao SUS, sem ter que pagar pelo atendimento.

2. Equidade: significa que o SUS deve reconhecer as diferenças entre regiões, municípios, grupos e indivíduos no que se refere às necessidades de saúde, garantindo uma atenção singular a essas necessidades e atuando para que sejam reduzidas as desigualdades.

3. Integralidade: refere-se à articulação entre as ações individuais e coletivas de prevenção, recuperação e promoção da saúde em toda a Rede SUS. Na perspectiva da Integralidade o sujeito é visto em suas várias dimensões biológicas, culturais, psicológicas, sociais, dentre outras. Os serviços de saúde devem ofertar as diversas ações nos diferentes níveis de atenção à saúde.

4. Participação da Comunidade: é a garantia constitucional de participação dos cidadãos nos processos de formulação e controle da execução da política de saúde. Significa que em cada esfera de governo (união, estados e municípios) precisa existir o Conselho de Saúde e ser realizada a Conferência de Saúde. São instâncias de participação da comunidade, obrigatórias para a continuidade do repasse financeiro.

5.Descentralização: refere-se ao fortalecimento do processo de municipalização da saúde. É a transferência de recursos e responsabilidades do nível federal para o estadual e/ou municipal. Os recursos aqui não são apenas financeiros, mas também recursos técnicos que possibilitem a ampliação da capacidade municipal em se responsabilizar pela saúde de sua população.

6. Regionalização: significa pensar o sistema de saúde de forma regionalizada, para que a descentralização, ou municipalização, aconteça de forma solidária, responsável e viável do ponto de vista da otimização dos recursos para o conjunto de municípios do estado. A diretriz da Regionalização tem por objetivo garantir em territórios regionais o cumprimento dos princípios e das diretrizes do SUS.

INSTÂNCIAS DE DECISÃO DO SUS

Conselho Municipal de Saúde - CMS

Os conselhos municipais são órgãos colegiados, deliberativos e permanentes do Sistema Único de Saúde que existem em cada esfera de governo. Foi instituído pela Lei Federal 8.142 de 1990, falando de sua organização, composição e competências. Atuam diretamente na formulação e proposição de estratégias para o controle da execução das políticas de saúde, inclusive em aspectos econômicos e financeiros.

Sua composição é paritária com 50% de representantes dos usuários, 25% de gestores e prestadores de serviços e 25% de trabalhadores de saúde. A escolha dos representantes é realizada pelos seus respectivos segmentos.

A existência dos Conselhos é requisito mínimo exigido para a habilitação e o recebimento de recursos federais repassados fundo a fundo aos municípios.

Colegiado Intergestores Regional - CIR

É a instância colegiada permanente, com sede executiva no município polo da Região de Saúde, que permite a participação de todos os gestores dos municípios da respectiva região, mais o representante do gestor estadual. Suas decisões são tomadas por consenso e apresenta caráter consultivo para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A CIR representa um importante espaço de negociação, pactuação, planejamento e avaliação da implementação e gestão da Região de Saúde.

Comissão Intergestores Bipartite - CIB

A CIB foi criada pela Norma Operacional Básica de 93 (NOB/93/MS) e trata-se de um fórum permanente de pactuação entre os gestores municipais e estadual do SUS. Tem composição paritária e toda a decisão é tomada por consenso e pactuação. A CIB Bahia foi constituída em junho de 1993, pela portaria nº 2.094/93 e sua composição é de 5 membros do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e 5 representantes da Secretaria Estadual de Saúde (SES). As políticas, projetos, negociações e decisões importantes para o Planejamento e Operacionalidade do SUS no estado acontecem nas reuniões mensais da CIB.

Comissão Intergestores Tripartite - CIT

É um espaço colegiado em âmbito nacional na mesma lógica e finalidades da CIB. A CIT é a instância de articulação e pactuação dos gestores das 3 esferas de governo (federal, estadual e municipal), composta por 15 membros, sendo 5 indicados pelo Ministério da Saúde (MS), 5 representantes do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e 5 representantes pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Como na CIB, as decisões são tomadas por consenso e não passam por votação, demonstrando sua característica de espaço de articulação e pactuação.

INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS

Plano Plurianual (PPA)

É instrumento de gestão para o planejamento, projeção, programação, execução e prestação de contas das ações e dos recursos financeiros aplicados na esfera municipal. Reúne também as diretrizes e projetos do governo. O PPA é elaborado considerando um período de 4 anos devendo ser realizado com a participação da comunidade de cada local.

A matriz programática do Plano Plurianual se desdobra em Diretrizes Estratégicas e Programas e Ações, com as diretrizes se desdobrando em programas e estes em ações. Assim temos, neste instrumento, a possibilidade de indicar e quantificar os produtos e serviços a serem ofertados à população, os recursos comprometidos com os produtos e serviços e os resultados a

serem alcançados ao final da implementação.

Plano Municipal de Saúde

É o instrumento de gestão que orienta a programação das ações e serviços de saúde para o período de 4 anos. A elaboração desse plano compreende 2 momentos: análise situacional e definição dos objetivos, diretrizes e metas. Seu conteúdo apresenta o que se pretende alcançar em termos de resultados.

O plano deve ser submetido à discussão e aprovação pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), sendo uma ferramenta importante para a gestão do SUS na execução, acompanhamento e avaliação do sistema de saúde como um todo, contemplando todas as áreas de atenção à saúde.

Relatório Anual de Gestão

Este documento deve apresentar as ações desenvolvidas pela gestão e a análise dos resultados, conforme previstos no Plano de Saúde, contemplando os indicadores propostos para monitoramento, a análise da programação física e orçamentária/financeira, e recomendar reprogramações e revisões dos diferentes tipos.

É o principal instrumento de prestação de contas e é utilizado nos processos de trabalho da auditoria e do controle. Tem data limite de entrega até o final do 1º trimestre do ano subsequente da execução e deve ser aprovado no Conselho Municipal de Saúde. O descumprimento dessa determinação pode provocar interrupção de recursos para o Município.

SAIBA MAIS

- Informações referentes ao Relatório Anual de Gestão, acessar o seguinte link:
<https://goo.gl/q6frqH>

- Informações referentes ao Plano Municipal de Saúde, acessar o seguinte link:
<https://goo.gl/DA6aVW>

- Para acessar o Relatório do Incentivo Estadual (Transparência Bahia), acessar o seguinte link: **<https://goo.gl/Y01Sse>**

CONHECENDO A ATENÇÃO BÁSICA

De acordo com artigo 196 da Constituição Federal a saúde é direito de todos e dever do Estado, a ser garantido pelas três esferas de governo, estando a Atenção Básica sobre responsabilidade dos municípios. O acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde será ordenado por este nível de atenção, sendo ele a porta de entrada prioritária do Sistema Único de Saúde.

Fazem parte da Atenção Básica (AB): a Equipe de Saúde da Família (EqSF); Equipe de Saúde Bucal (EqSB); Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS); Equipe de Atenção Básica Tradicional; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Equipe de Consultório na Rua (eCR); Academia da Saúde; Unidade Odontológica Móvel (UOM).

Os serviços/ações de Atenção Básica podem contribuir para a redução das filas nos prontos-socorros e hospitais, o consumo abusivo de medicamentos e o uso indiscriminado de equipamentos de grande densidade tecnológica. Com isso, os ambulatórios de especialidades e hospitais poderão cumprir seus verdadeiros papéis com uma maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes.

A Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, por meio da Diretoria de Atenção Básica publicou em 2013 a **Política Estadual de Atenção Básica (PEAB)** que tem como objetivo expandir e qualificar a Atenção Básica considerando as especificidades locais no estado da Bahia.

Os capítulos a seguir apresentarão informações sobre cada Ação e Programa a serem desenvolvidos pela gestão municipal, para garantia da oferta da Atenção Básica em seu município, bem como os modos de adesão, os critérios e o acompanhamento das atividades.

SAIBA MAIS

- Acesse o site da Diretoria de Atenção Básica (DAB/SESAB/BA) para conhecer a PEAB na íntegra:

<https://goo.gl/UvDTHB>

APOIO INSTITUCIONAL

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e demais documentos institucionais ressaltam que para a garantia do direito à saúde, é necessário o comprometimento das esferas de governo, federal, estadual e municipal. A proposta para reorientação do modelo de atenção à saúde coloca a Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora das redes de atenção à saúde.

A Diretoria de AB do Estado da Bahia vem ofertando aos municípios o Apoio Institucional como metodologia de gestão, bem como estimulando às gestões municipais para adoção do método como estratégia para qualificar as equipes de Atenção Básica do seu município.

Deste modo, como estratégia organizacional, a Atenção Básica traz consigo o Apoio Institucional (AI) como prática de gestão que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Tem como diretriz operante a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos, baseada numa relação horizontal.

O Apoio Institucional reconhece as especificidades locorregionais e as subjetividades e singularidades presentes nas relações dos indivíduos e coletividades. Esse modo operante possibilita a promoção de vínculo, interlocução entre diferentes atores sociais, corresponsabilização e um processo contínuo de pactuação e Educação Permanente nos processos de trabalho na saúde.

O AI da DAB objetiva-se qualificar as gestões municipais para o fortalecimento da AB municipal e regional, bem como os trabalhadores das equipes de AB e as Regionais de Saúde da SESAB.

O Apoiador Institucional Municipal tem como função levar às equipes de saúde do território baiano as diretrizes, os programas, as políticas e os indicadores de saúde, com o objetivo de construir análise do contexto, buscando o aperfeiçoamento da Atenção Básica, como também o fortalecimento da rede municipal e locorregional de saúde.

A composição da equipe de Apoio Institucional Municipal, deve levar em conta o número de equipes de Saúde da Família existentes no município, partindo-

se do pressuposto que esta é uma estratégia adotada para organização da Atenção Básica no Estado da Bahia. Como parâmetro, a PEAB recomenda **1 (um) apoiador institucional para até 5 (cinco) equipes de Saúde da Família.**

O **Apoiador Institucional** auxilia na construção de Espaços Coletivos que permitam a análise, definição de tarefas e elaboração de projetos. (CAMPOS, 2007). Ele atua na ampliação, na capacidade de reflexão, entendimento e análise de coletivos, para qualificar sua própria intervenção, sua capacidade de produzir mais e melhor saúde; instaurar processos de mudança em grupos e organizações. (CAMPOS, 2007).

O Apoio Institucional tem como objeto de trabalho a transformação da realidade e, ao mesmo tempo, colocar-se “ao lado” do sujeito apoiado para junto com ele produzir as mudanças de práticas desejadas e necessárias para qualificação da gestão e do cuidado na saúde.

Quem a DAB apoia?

Gestão Municipal
Gestão Regional
Trabalhadores da AB

Como apoiamos?

- 1 - Suporte à implantação de dispositivos para a qualificação da clínica, gestão do cuidado e regulação de recursos da rede a partir da equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS);
- 2 - Suporte à implantação e aprimoramento de projetos para estruturação da AB;
- 3 - Acolhimento de demandas dos sujeitos e coletivos apoiados;
- 4 - Facilitação de processos locais de planejamento;
- 5 - Articulação de ações de apoio matricial junto aos NASF e a outros serviços da rede;
- 6 - Mediação de conflitos, buscando ajudar na conformação de projetos comuns entre trabalhadores, gestores e usuários;
- 7 - Facilitação da organização de intervenções intersetoriais;
- 8 - Educação Permanente (EP) para qualificação da gestão da AB;
- 9 - Visita para qualificação da gestão municipal;
- 10 - Educação Permanente para qualificação das regionais;

- 11 - Apoio aos municípios na adesão, implantação e implementação dos projetos estratégicos ;
- 12 - Acompanhamento e monitoramento do funcionamento da AB de acordo com a legislação vigente e às pactuações da DAB junto aos territórios;
- 13 - Análise de indicadores e informações em saúde;
- 14 - Formulação e execução de projetos de EP baseados em metodologias ativas;
- 15 - Trabalho em equipe na lógica da complementariedade;
- 16 - Construção e execução de agendas regulares de encontros com o território, de forma a fortalecer o vínculo, acompanhamento das ações e processos de trabalho;
- 17 - Construção de plano de trabalho para efetivação da proposta de apoio para um território/ coletivo.

IMPORTANTE:

O **Apoiador Institucional Municipal** deve apoiar as Equipes de AB, e a a gestão municipal deve se organizar para esta oferta que deve acontecer nos diversos espaços, **principalmente nos territórios de atuação de cada equipe** e diversos pontos da Rede (articulação da AB com os demais serviços).

Para conhecer mais sobre a **metodologia de AI**, solicite apoio às equipes de AI da DAB por meio dos contatos disponibilizados anteriormente na sessão “A Diretoria de Atenção Básica” / “COAD”- contatos das equipes de AI da sua região.

A COORDENAÇÃO MUNICIPAL DA ATENÇÃO BÁSICA

Segundo a PEAB, a coordenação da AB deverá dispor de um coordenador que seja um profissional de nível superior da área de saúde ou nível superior em outra área com pós-graduação na área da saúde, com carga horária de 40 horas semanais, dedicadas exclusivamente para ações da coordenação da Atenção Básica.

ATRIBUIÇÕES da Coordenação, segundo PEAB:

Compete à coordenação municipal de Atenção Básica:

I - realizar a gestão da rede de Atenção Básica do município de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, de forma integrada com os demais níveis de gestão das Redes de Atenção à Saúde;

Parágrafo Único: fazem parte da rede de Atenção Básica: a Equipe de Saúde da Família com e sem profissionais de Saúde Bucal, Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, Equipe de Atenção Básica Tradicional, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Equipe de Consultório na Rua, Academia da Saúde, Equipe de Atenção Domiciliar e Unidade Odontológica Móvel.

II - integrar as práticas de gestão, as ações de Educação Permanente e de apoio institucional às equipes da Atenção Básica;

III - realizar acompanhamento periódico e sistemático das equipes, promovendo espaços de debate sobre os processos de trabalho das equipes;

IV - desenvolver junto às equipes, uma rotina de avaliação e monitoramento do processo de trabalho e da assistência prestada à população;

V - identificar, solicitar e acompanhar a manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos e estrutura física das unidades, com base nas demandas apontadas pelas equipes;

VI - identificar, solicitar e acompanhar o suprimento de recursos materiais para as Unidades Básicas de Saúde/Unidades de Saúde da Família;

VII - garantir, de forma regular, na agenda das equipes de Atenção Básica, períodos para Educação Permanente;

VIII - realizar a cartografia do município, identificando as especificidades de cada território, facilitando o fluxo dos usuários na rede;

IX - fomentar discussões sobre a Atenção Básica no Conselho Municipal de Saúde;

X - promover o Acolhimento Pedagógico das equipes de Saúde da Família/

Atenção Básica (texto reformulado);

XI - acompanhar e alimentar as ferramentas de gestão do município relacionadas à Atenção Básica;

XII - acompanhar a atualização do SCNES em relação à Atenção Básica;

XIII - acompanhar e analisar os dados produzidos pelas equipes de Atenção Básica para alimentação dos sistemas de informação;

XIV - apoiar as equipes de Atenção Básica na análise das informações geradas a partir dos sistemas de informação com interface na Atenção Básica;

XV - apoiar na construção das políticas municipais de saúde e na implantação das políticas nacionais e estaduais vinculadas à Atenção Básica;

XVI - programar, acompanhar e avaliar a execução das atividades previstas nas legislações referentes ao financiamento da Atenção Básica;

XVII - estimular as ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de saúde, de acordo com as prioridades estabelecidas na gestão;

XVIII - fomentar a implantação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) e outras formas de controle social;

XIX - participar nos espaços regionais de discussão sobre Atenção Básica, a exemplo do Colegiado de Coordenadores da Atenção Básica;

XX - realizar ações que promovam a integração da Atenção Básica com a Vigilância em Saúde;

XXI - contribuir na elaboração e alimentação das ferramentas de gestão do município relacionadas à Atenção Básica;

XXII - promover a integração dos profissionais de Saúde Bucal com os demais membros da Equipe de Saúde da Família, de modo a desenvolverem ações integradas e correponsabilizadas;

XXIII - acompanhar ações intersetoriais desenvolvidas em parceria com a Atenção Básica, a exemplo das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família e as ações desenvolvidas pelo Programa Saúde na Escola (PSE).

ACOLHIMENTO PEDAGÓGICO

O Acolhimento Pedagógico (AP) é a conformação que o Estado da Bahia adotou para o Curso Introdutório da ESF preconizado pelo Ministério da Saúde, e representa o primeiro passo no processo de Educação Permanente das equipes da Estratégia de Saúde da Família.

A proposta é que o AP seja incorporado como uma prática contínua de reflexão do processo de trabalho das equipes. Desse modo, todas as equipes devem participar, incluindo todos os seus profissionais, inclusive a equipe de NASF e os ACS.

Tem como objetivos:

- Acolher os profissionais da Estratégia de Saúde da Família, permitindo que reflitam sobre o processo de trabalho e as ações de cuidado na Atenção Básica;
- Articular momentos de aprendizagem e formação a partir da reflexão da prática do cotidiano de trabalho como dispositivo para estruturação da EP junto às EqSF, nos municípios e nas regiões de saúde;
- Estimular o envolvimento dos profissionais com a política da Atenção Básica para fortalecimento do SUS enquanto estratégia estruturante do sistema.

Para a realização do Acolhimento Pedagógico, é necessário:

- Identificar quais equipes já realizaram o AP e se há profissionais nestas equipes que ainda não participaram do acolhimento;
- O município deverá utilizar material didático que atenda às necessidades da proposta do AP, devendo observar as políticas e programas vigentes para a qualificação das equipes, que estão relacionadas com o seu processo de trabalho.
- Se necessário, fazer contato com a equipe de apoio da DAB e/ou técnicos da AB do NRS/BOS para orientações.
- Observação: O Material de AP ofertado pela DAB encontra-se em fase de atualização e será ofertado aos municípios no ano de 2017.

AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA

Considerando a importância da institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação para o fortalecimento e/ou desenvolvimento da capacidade técnica nos diversos níveis do sistema de saúde, a Coordenação de Avaliação e Monitoramento (COAM) da DAB tem como ofertas ferramentas que contribuem para estas práticas nos âmbitos estadual, regional e municipal, a saber:

CADERNO DE AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (CAMAB)

Ferramenta informatizada utilizando software (Microsoft Office - Excel 2007®), que tem como objetivos ofertar informações consolidadas sobre os indicadores de saúde que fazem interface com a atenção básica e propor estratégias estaduais para o fortalecimento do indicador e melhoria dos resultados alcançados.

As informações do CAMAB são dispostas em abas que funcionam como páginas do caderno. Cada página oferece um título/conteúdo:

1. Apresentação, que traz o conteúdo geral do caderno;
2. Atributo/Ações, que estabelece o atributo do indicador e as principais ações estratégicas do estado para seu fortalecimento e melhoria dos resultados;
3. Indicador, que contém sua descrição detalhada com método de cálculo, tendência e parâmetro;
4. Limitações/Observações sobre o indicador;
5. Macrorregiões de Saúde;
6. Regiões de Saúde
7. Municípios.

As três últimas páginas disponibilizam dados por município, agregados por região e macrorregião. Estas informações são ofertadas através de gráficos e tabelas, atualizadas periodicamente.

Para visitá-lo na íntegra, acesse o endereço:

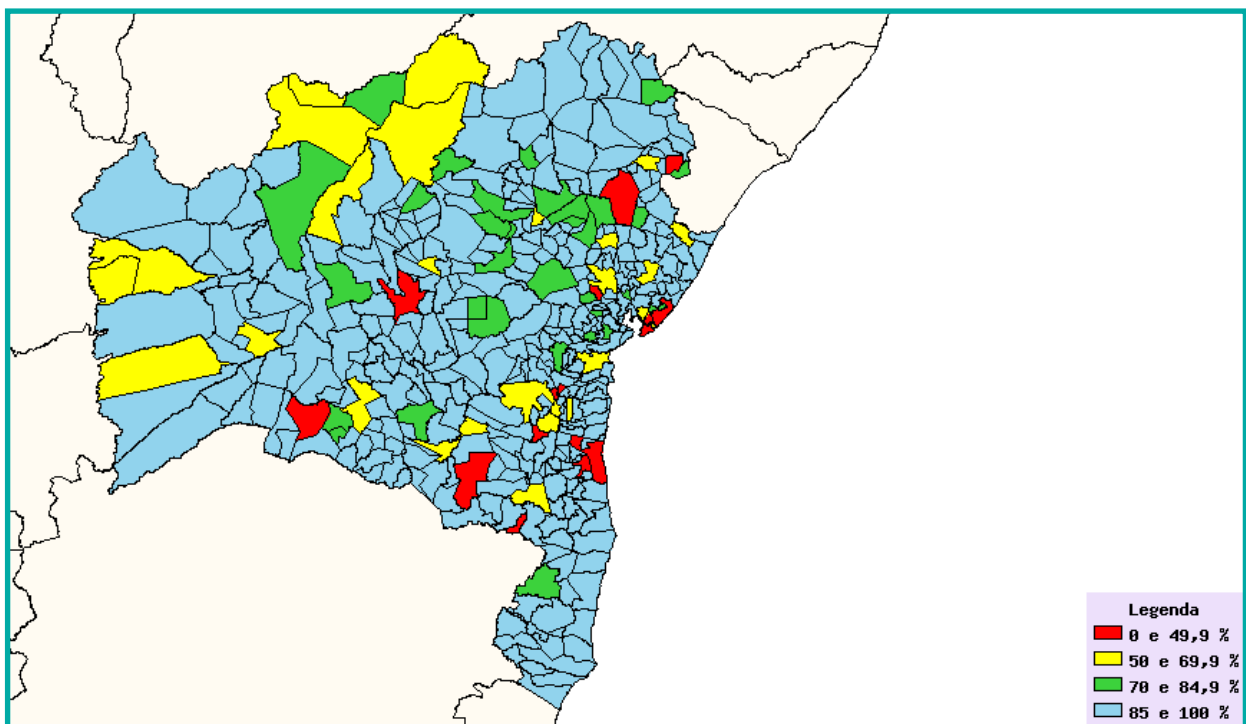
[Goo.gl/YVgU4G](https://www.google.com/search?q=Goo.gl/YVgU4G)

GEOPORTAL (MAPA COM INDICADORES E CADASTRO REMOTO)

O GeoPortal de Informações em Saúde é uma sala de situação virtual com base em software livre de geoprocessamento, que possibilita à sociedade, o acompanhamento de indicadores de saúde do Estado da Bahia e dos municípios. Esta ferramenta possui dois ambientes: Mapa com indicadores e Cadastro Remoto.

MAPA COM INDICADORES

Neste ambiente, a estrutura é organizada em torno do mapa do Estado da Bahia. O município é a unidade de análise, para o qual são apresentados dados ou indicadores previamente selecionados. No mapa são utilizadas cores para classificar a situação do município como: ótima (cor azul), boa (verde), média (amarelo) e ruim (vermelho).

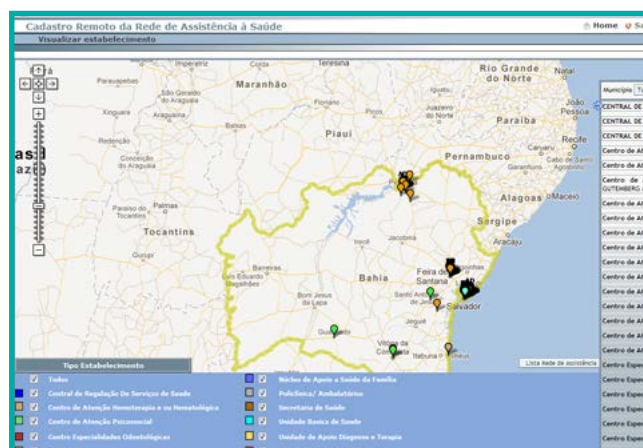


Para visitá-lo, acesse o endereço:

<http://geolive.saude.ba.gov.br/geoportal/map.phtml>

CADASTRO REMOTO

O Cadastro Remoto é uma ferramenta virtual organizada em torno do mapa do Estado da Bahia. É um aplicativo que possibilita aos usuários, profissionais de saúde e gestores visualizarem, de maneira rápida e prática, os estabelecimentos de saúde do SUS Bahia, identificando a concentração de serviços e os vazios sanitários.



Para visitá-lo, acesse o endereço:

<http://geolivresaud.ba.gov.br/cadastromoto/estabelecimentos>

- **Boletins Estaduais de Avaliação e Monitoramento da Atenção Básica-BA;** São publicações periódicas para divulgar informações em saúde elaboradas com indicadores selecionados de acordo com um tema específico. Tem o objetivo de apoiar os gestores e a sociedade na visualização da situação de saúde da Atenção Básica no Estado e suas Regiões de Saúde.

SAIBA MAIS

Para acessar informações, consulte o site da DAB: www.saude.ba.gov.br/dab no menu “COAM”

FINANCIAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

O financiamento das ações da Atenção Básica é de responsabilidade das três esferas de gestão: federal, estadual e municipal, de forma complementar. O gasto obrigatório por esfera de governo é baseado na Emenda Constitucional nº 29 de 2000 e Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, detalhado a seguir:

- **União:** aplicará anualmente o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual;
- **Estado:** no mínimo 12% do orçamento para a saúde;
- **Município:** no mínimo 15% do orçamento para a saúde.

Para a transferência financeira entre as esferas de governo é utilizado o repasse Fundo a Fundo (Lei nº 8142/1990; Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012).

O recurso só serão recebidos pelo ente federativo quando atender às condicionalidades abaixo:

- Existência de Fundo Municipal de Saúde (FMS);
- Conselho Municipal de Saúde (CMS) instituído e atuante;
- Existência de Plano Municipal de Saúde;
- Existência de Relatório de Gestão Municipal de Saúde;
- Garantia da contrapartida de recursos para investimento na saúde, no respectivo orçamento.

Até então, existem os seguintes blocos de financiamento da saúde, do governo federal para os municípios (Portaria GM/ MS nº 204, de 9 de janeiro de 2007 e Portaria GM/ MS nº 837, de 23 de abril de 2009):

- Atenção Básica;
- Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC);
- Vigilância em Saúde;
- Assistência Farmacêutica;
- Gestão do SUS;
- Investimentos na Rede de Serviços de Saúde (Incluído pela Portaria GM/ MS nº 837, de 23 de abril de 2009).

O Bloco da **Atenção Básica** é constituído por dois componentes:

- **Componente Piso da Atenção Básica Fixo - PAB Fixo:** recursos transferidos mensalmente. É calculado com base no número de habitantes. Existem 4 faixas que definem o valor per capita/ano Portaria nº 1.409 de 10 de julho de 2013.
- **Componente Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável:** recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias, transferidos mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes no respectivo Plano de Saúde.

Atualmente, o PAB Variável contém as seguintes ações/serviços/estratégias financiáveis: EqSF, EqSB EACS; NASF; Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB); Consultório na Rua; Academia da Saúde, Programa de Saúde na Escola (PSE), Incentivo de AB aos povos indígenas; Incentivo para Ação à Saúde no Sistema Penitenciário e Incentivo para Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei, em regime de internação e internação provisória.

O gestor municipal deve garantir que a população sob sua responsabilidade tenha acesso à Atenção Básica e aos serviços especializados (de média e alta complexidade). É preciso que o gestor municipal entenda que sua responsabilidade com a saúde de seus munícipes não acaba na Atenção Básica, mas continua durante todo o percurso na Rede de Atenção à Saúde (RAS): monitorando, racionalizando e avaliando os resultados obtidos destes serviços.

IMPORTANTE:

- Os recursos do PAB são repassados mensalmente, de forma regular e automática, por meio do Fundo Nacional aos Fundos Municipais de Saúde, com informação disponibilizada no site <http://www.fns.saude.gov.br>. Tais recursos não podem substituir as fontes de recursos próprios do orçamento municipal para a saúde.

PARA SABER MAIS:

SUGESTÃO DE LEITURA:

“**Gestão dos Recursos da Saúde: Fundo de Saúde**” que tem como propósito orientar os gestores da área de saúde na execução de suas ações para o fortalecimento do SUS. O texto traz o arcabouço normativo básico para que a gestão dos recursos, por meio dos Fundos de Saúde, seja bem realizada, com economicidade, lisura e transparência, dando assim, qualidade às ações e serviços públicos de saúde colocados à disposição da comunidade local.

Link de Acesso: <https://goo.gl/A3M6I6>

ATENÇÃO

Confira no anexo 1 a Planilha dos incentivos financeiros referentes ao PAB fixo e variável

SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é uma forma de reorganização da Atenção Básica, por meio de um processo de cuidado amparado na territorialização e adscrição de usuários e famílias, valorizando o vínculo com a Equipe de Saúde.

A equipe mínima é multiprofissional, formada por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e um número variável de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com carga horária de 40h semanais, exceto para o profissional médico, que poderá ou não seguir esta carga horária, conforme os casos descritos na **Portaria GM/ MS nº 2488/2011**.

A Estratégia também conta com profissionais da área de odontologia: cirurgião-dentista, auxiliar de saúde bucal e/ou técnico de saúde bucal. O gestor municipal poderá incluir profissionais de outras áreas da saúde, conforme o perfil sanitário/ epidemiológico da sua população.

O Ministério da Saúde define na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) as diretrizes e normas para organização da Estratégia de Saúde da Família, com a proporção de população por equipe, número de ACS, carga horária e atribuição dos membros das equipes. Dessa forma, há diferentes modalidades de equipes de saúde da família com respectivo incentivo financeiro:

- **EqSF modalidade I:** municípios com até 30.000 habitantes e/ou equipes que atendam a populações quilombolas ou assentamentos: R\$ 10.695,00 (dez mil seiscentos e noventa e cinco reais) a cada mês, por equipe;
- **EqSF modalidade II:** todas as equipes que não se enquadram na modalidade I: R\$ 7.130,00 (sete mil cento e trinta reais) a cada mês, por equipe.

ATENÇÃO

- Cada EqSF deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição conforme a PNAB.
- Em situação de maior vulnerabilidade é necessário que as equipes se responsabilizem pelo cuidado de uma população ainda menor que o recomendado, em média 2.000 pessoas por equipe (Portaria nº 2.355 de 10 de outubro de 2013).

IMPORTANTE!

- As EqSF devem estar devidamente cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (**SCNES**) vigente, de acordo com conformação e modalidade de inserção do profissional médico. **A Portaria SAS/MS nº 703, de 24 de outubro de 2011**, estabelece as normas para cadastrar no SCNES as novas equipes que farão parte da ESF;
- A garantia do repasse de recursos financeiros, depende da alimentação periódica dos sistemas de informação vigentes;
- Para implantar equipes da ESF deverá seguir às orientações das **Resoluções CIB/ BA nº 50/2015, Anexo A da Resolução CIB/BA nº 246/2012 e a Portaria GM nº 2.488/ 2011**.

ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

A Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) é considerada uma possibilidade para reorganização inicial da Atenção Básica.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de Agentes de Combate às Endemias (ACE) são fundamentais na construção de um novo modelo de atenção à saúde, sendo verdadeiros elos entre a comunidade e os serviços de saúde (BAHIA, 2007).

As equipes de ACS devem estar vinculadas às Unidades de Saúde, seguindo os critérios da PNAB, visando à cobertura de um território específico. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de até 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe.

De acordo com a Lei nº 11.350/2006, O Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da atividade: residir na área da comunidade em que atuar desde a data da publicação do edital do processo seletivo público; ter concluído, com aproveitamento, curso introdutório de formação inicial e continuada; e concluído o ensino fundamental.

Assim como o ACS, os ACE trabalham em contato direto com a população, sendo um profissional fundamental para o controle de endemias no município e deve trabalhar de forma integrada às equipes de atenção básica. Além disso, podem contribuir para promover uma integração entre a vigilância à saúde e a atenção básica.

O repasse de recursos aos municípios, estados e Distrito Federal, pelo Ministério da Saúde, para remuneração dos ACS e dos ACE deverá seguir regras específicas regulamentados na Lei nº 12.944 de 17 de junho de 2014, na qual foram definidos o piso salarial das categorias de R\$ 1.014 e as diretrizes para os respectivos planos de carreira.

IMPORTANTE

- Para implantar equipes de ACS deverá seguir às orientações das **Resoluções CIB/ BA nº 50/2015, Anexo B da Resolução CIB/BA nº 246/2012 e a Portaria GM nº 2.488/ 2011.**
- Para manter os recursos, é necessário alimentar mensalmente o sistema de informação e manter o Sistema - SCNES atualizado.

SAÚDE BUCAL NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Os profissionais de Saúde Bucal da Atenção Básica organizam-se em diferentes modalidades. E, de acordo com a sua composição define-se o financiamento estabelecido na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB/Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011).

Para o seu credenciamento, o Município deve possuir Estratégia de Saúde da Família implantada, bem como materiais e equipamentos adequados ao elenco de ações programadas. Os profissionais da equipe deverão possuir carga horária de 40 h, obrigatoriamente, conforme a PNAB.

Os profissionais de Saúde Bucal, que compõem as equipes de saúde da família, podem se organizar conforme as seguintes modalidades:

Modalidade I - Cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB);

Modalidade II - Cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, Técnico em Saúde Bucal (TSB) e Auxiliar em Saúde Bucal (ASB);

Independente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal vinculados às equipes de Saúde da Família, devem compartilhar com esta, a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território.

Cada Equipe de Saúde de Família que for implantada com os profissionais de saúde bucal ou quando se introduzir pela primeira vez os profissionais de saúde bucal numa equipe já implantada, modalidade I ou II, o gestor receberá do Ministério da Saúde os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).

A Portaria GM/MS nº 978/2012 define o financiamento da Equipe de Saúde Bucal (EqSB), realizado Fundo a Fundo pelo Componente PAB Variável - Incentivo Saúde Bucal:

- **EqSB na Modalidade I** serão transferidos R\$ 2.230,00 (dois mil duzentos e trinta reais) a cada mês, por equipe (se vinculada à EqSF Modalidade I R\$ 3.345,00 por equipe/mês);

- **EqSB na Modalidade II** serão transferidos R\$ 2.980,00 (dois mil novecentos e oitenta reais) a cada mês, por equipe (se vinculada à EqSF Modalidade I: de R\$ 4.470,00 por equipe/mês).

Na implantação, cada EqSB Modalidade I e II receberá parcela única no valor de R\$ 7.000,00/por equipe para investimento na UBS e Educação Permanente.

Segundo a Portaria GM/MS nº 2.372 de 07 de outubro de 2009, há o compromisso de doação de equipamentos odontológicos completos (composto por uma cadeira odontológica, um equipo odontológico, uma unidade auxiliar odontológica, um refletor odontológico e um mocho) e um kit de peças de mão (composto por um micromotor, uma peça reta, um contra-ângulo e uma caneta de alta rotação) pelo Ministério da Saúde para as EqSB implantadas a partir de outubro/2009.

O Ministério da Saúde disponibiliza por meio do site www.dab.saude.gov.br a informação da disponibilização dos equipamentos por município. Para receber esses equipamentos, o gestor municipal deve acessar o Sistema de Plano de Fornecimento de Equipamento Odontológico (quando disponível) onde poderá optar: 1 - Por receber a cadeira odontológica diretamente no município ou 2 - Por receber o recurso para o próprio município realizar a aquisição.

SAIBA MAIS

Área Técnica de Saúde Bucal do MS:

(61) 31159145

cosab@saude.gov.br

Área Técnica de Saúde Bucal do DGC/Sesab:

(71) 31154382 / 4284

sesab.sbucal@gmail.com

IMPORTANTE

- Para implantar equipes de Saúde Bucal na Estratégia de Saúde da Família deve seguir às orientações das **Resoluções CIB/ BA nº 50/2015, Anexo A da Resolução CIB/BA nº 246/2012 e a Portaria GM nº 2.488/ 2011.**
- Para garantir o repasse de recursos é importante alimentar o sistema de informação e manter o Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) atualizado.

ATENÇÃO:

Sobre Aquisição dos Equipos Odontológicos

- EqSB Modalidade I (composta por cirurgião dentista e auxiliar de saúde bucal) receberão 1 equipamento odontológico.
- EqSB Modalidade II (composta por cirurgião dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal) receberão 2 equipamentos odontológicos: um para uso do técnico em Saúde bucal.
- Caso a preferência seja por receber o recurso, o Ministério da Saúde repassará o valor que pagaria por esse equipamento através de Licitação (Ata de Registro de Preços), podendo o município aderir a Ata de Registro de Preços do Ministério da Saúde.

UNIDADE ODONTOLÓGICA MÓVEL – UOM

A Unidade Odontológica Móvel (UOM) foi criada pela Portaria GM/ MS nº 2.371, de 07 de outubro de 2009, e se constitui em consultórios odontológicos estruturados em veículos devidamente adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal.

As UOM deverão ser de uso exclusivo dos profissionais das Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família e servirão de apoio para o desenvolvimento das ações e atividades dessas equipes.

Os atendimentos devem seguir os princípios e diretrizes definidas pela Política Nacional de Saúde Bucal e Política Nacional de Atenção Básica, atuando na garantia das ações de promoção e prevenção e o atendimento básico às populações: rurais, quilombolas, assentadas e em áreas isoladas ou de difícil acesso. A continuidade da atenção à saúde bucal destas populações dar-se-á mediante referência aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e/ou aos Laboratórios Regionais de Próteses (LRPD) de acordo com a necessidade.

O Município contemplado com UOM receberá incentivo financeiro para implantação, no valor de R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais), a ser repassado em parcela única, e o incentivo de custeio mensal, no valor de R\$ 4.680,00 (quatro mil e seiscentos e oitenta reais).

IMPORTANTE!

A responsabilidade pelo cadastro da UOM no SCNES é do gestor municipal, e somente poderá ser feita após a publicação da portaria de credenciamento da UOM;

Município que receber a UOM do Ministério da Saúde deverá ter cadastrada, no mínimo, 01 (uma) EqSB da ESF em seu território, com a carga horária semanal de 40 horas compartilhada na UOM;

Apenas os profissionais da EqSB na ESF poderão estar cadastrados na UOM.

SAIBA MAIS!

- Para mais informações sobre cadastro, financiamento e processo de trabalho das UOMs consultar a nota técnica no site: HYPERLINK "http://189.28.128.100/dab/docs/geral/Nota_Tecnica_UOM.pdf

Para mais informações sobre Laboratório de Próteses: HYPERLINK "<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>;

Para mais informações sobre Centro de Especialidades Odontológicas, consulte a **Portaria 1464/GM de 24 de junho de 2011**;

Area técnica de Saúde Bucal da Diretoria de Gestão do Cuidado / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (DGC/SESAB):

Telefone: (71) 31154382 / 4284

Email: sesab.sbucal@gmail.com

NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado, com o objetivo de aumentar a capacidade de resposta das equipes de saúde da família aos problemas da população tendo como referencial a cogestão da clínica a interdisciplinaridade e interprofissionalidade.

O núcleo é composto por profissionais de diferentes áreas do conhecimento que, atuando de maneira integrada às equipes de saúde da família nelas incluídas as equipes de saúde bucal. Espera-se que a inserção destes profissionais amplie o olhar e as ações de cuidado, bem como a melhoria da capacidade clínica da Atenção Básica, redução dos encaminhamentos desnecessários a outros serviços e maior satisfação aos usuários, buscando o equilíbrio entre a atenção clínica individual e as ações de matriciamento.

O apoio matricial exercido pelo NASF envolve o desenvolvimento de ações numa dimensão técnico-pedagógica a exemplos de: interconsultas, consultas compartilhadas, grupos, consultas coletivas, discussão de casos, construção de projeto terapêutico singular, projetos saúde no território etc., bem como uma dimensão de suporte assistencial, o que demanda do apoiador a realização de ações clínicas diretamente com os usuários.

O NASF não se configura em um serviço de especialidades na Atenção Básica, e deve realizar ações compartilhadas com as equipes de saúde da família, visando à ampliação da clínica, mudança das práticas, e maior resolutividade das ações da Atenção Básica.

De acordo com a Portaria nº 3.124/GM/MS/2012, há 03 (três) modalidades de NASF:

NASF 1: deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais). O valor do incentivo financeiro para implantação dos NASF tipo 1 é de R\$ 20.000,00 e de igual valor para o custeio mensal;

NASF 2: deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais). O valor do incentivo financeiro para implantação dos NASF tipo 2 é de R\$ 12.000,00 e de igual valor para o custeio mensal;

NASF 3: deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família 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 das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada. O valor do incentivo financeiro para implantação dos NASF tipo 3 é de R\$ 8.000,00 e de igual valor para o custeio mensal.

Poderão compor o NASF profissionais das seguintes categorias: assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); profissional de saúde sanitaria; médico acupunturista, pediatra, ginecologista/obstetra, homeopata, psiquiatra, geriatra, internista (clínica médica) ou médico do trabalho .

O NASF faz parte da Atenção Básica, mas não se constitui como serviço com unidade física independente ou especial, e não sendo de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de Atenção Básica). O NASF atua na estrutura física das Unidades Básicas de Saúde e no território.

IMPORTANTE!

- Não há exigência de estrutura física específica para a equipe do NASF.
- Conheça o **Caderno de Atenção Básica 39** acessando o link

<https://goo.gl/rlcmks>

ATENÇÃO

A implantação de mais de uma modalidade de forma concomitante nos Municípios e no Distrito Federal não receberá incentivo financeiro federal correspondente ao NASF.

CONSULTÓRIO NA RUA

A Equipe de Consultório na Rua (eCR) integra o componente Atenção Básica da Rede de Atenção Psicossocial e deve seguir os fundamentos e as diretrizes definidas na Política Nacional de Atenção Básica. A Portaria GM/ MS nº 122, de 25 de janeiro de 2012 que foi alterada parcialmente pela Portaria nº1.922, de 05 de setembro de 2013, definem as diretrizes de organização e funcionamento das equipes de consultório na rua.

Essas equipes são multiprofissionais (enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal) com o foco de trabalho nos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua. Sabemos que essa população tem dificuldades em acessar os serviços de saúde, para tanto esse dispositivo visa à ampliação do seu acesso à rede de atenção, ofertando cuidado em saúde de maneira mais oportuna.

Ressalta-se que a responsabilidade pela atenção à saúde da população de rua é de todo e qualquer profissional do Sistema Único de Saúde, mesmo que ele não seja componente de uma eCR. Desta forma, em municípios ou áreas em que não haja eCR, a atenção à saúde para população de rua deverá ser prestada pela Atenção Básica, incluindo os profissionais de Saúde Bucal e os NASF do território onde essas pessoas estão concentradas.

Uma importante função da eCR é o diálogo com os outros profissionais da Atenção Básica e de outros serviços, como os de saúde mental, de urgência e emergência, da assistência social, entre outros. As atividades dessas equipes são desenvolvidas em diferentes lugares, de forma itinerante, realizam abordagens in loco, ou seja, na rua, em locais em que essa população costuma se aglomerar, utilizando quando necessário, as instalações das Unidades Básicas de Saúde do território para realização de procedimentos de forma compartilhada com as equipes de Atenção Básica.

Conforme Portaria nº 1.029 de 20 de maio de 2014, as eCR podem ser constituídas pelas seguintes categorias profissionais:

- 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.

As eCR possuem três modalidades:

Modalidade I: equipe formada no mínimo por 4 (quatro) profissionais, sendo 2 (dois) destes descritos na alínea “a” e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas “a” e “b” . A Mod. 1 receberá custeio mensal de R\$ 19.900,00 (dezenove mil e novecentos reais) por equipe .

Modalidade II: equipe formada no mínimo por 6 (seis) profissionais, sendo 3 (três) descritos na alínea “a” e os demais dentre aqueles relacionados nas alíneas “a” e “b” . Esta modalidade receberá custeio mensal de R\$ R\$ 27.300,00 (vinte e sete mil e trezentos reais) por equipe.

Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico. Esta modalidade receberá custeio mensal de R\$ 35.200,00 (trinta e cinco mil e duzentos reais) por equipe.

ATENÇÃO:

- O financiamento da eCR pelo Ministério da Saúde segue o parâmetro de 01 (uma) eCR para 80 (oitenta) até 1.000 (um mil) pessoas, em situação de rua;
- Os municípios baianos que podem implantar ECR financiadas pelo Ministério da Saúde são: Salvador, Feira de Santana, Vitória da Conquista, Alagoinhas, Barreiras, Camaçari, Eunápolis, Ilhéus, Itabuna, Jequié, Juazeiro, Lauro de Freitas, Paulo Afonso, Porto Seguro, Simões Filho e Teixeira de Freitas.
- O município que desejar implantar equipe de consultório na rua e não estiver nesta lista, poderá solicitar credenciamento mediante comprovação de existência de no mínimo 80 (oitenta) municípios em situação de rua.

IMPORTANTE

Fluxo para realizar o credenciamento da(s) equipe(s), consultem as seguintes Portarias: **GM/MS nº 1.922 de 05/09/2013; GM/ MS nº 122 de 25/01/2012; GM/ MS nº 123 de 25/01/2012; GM/MS nº 2488 de 21/10/2011.**

SAIBA MAIS

Conheça o Manual sobre o Cuidado à Saúde junto a População em Situação de Rua pelo link:

<https://goo.gl/lqLOfr>

COMO CREDENCIAR / ALTERAR MODALIDADE DAS EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA

O credenciamento de novas equipes da Atenção Básica é de responsabilidade do gestor municipal, devendo este realizar análise da cobertura e das ações e serviços da AB para o seu município.

O município que desejar ampliar sua AB com a implantação de novas equipes de:

Equipe de Saúde da Família (EqSF)

Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Equipe de Saúde Bucal (EqSB)

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Consultório na Rua (eCR)

O credenciamento deve seguir o fluxo descrito na Resolução CIB nº 050/2015. Para isso, o gestor deverá buscar o apoio técnico do Núcleo Regional de Saúde (NRS)/Base Operacional de Saúde (BOS) para elaborar o projeto de credenciamento, com aprovação do Conselho Municipal de Saúde seguindo as normas de elaboração conforme anexo da **Resolução CIB 246/2012**.

OBS.: Municípios com projetos já aprovados na CIB devem aguardar resolução CIT para cadastrar no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (SCNES) e receber o incentivo de custeio.

Para mais informações consultar:

Modelos de Projetos de credenciamento, resolução CIB 246/2012, através do link: <https://goo.gl/eJUnxq>

PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE – PMAQ

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), instituído pela Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011, é um programa que procura induzir ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica e produzir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

As diretrizes do PMAQ são:

Construir parâmetro de comparação entre as equipes de saúde da atenção básica, considerando-se as diferentes realidades de saúde;

Estimular processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da atenção básica;

Transparência em todas as suas etapas, permitindo-se o contínuo acompanhamento de suas ações e resultados pela sociedade;

Envolver, mobilizar e responsabilizar os gestores federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais, as equipes de saúde de atenção básica e os usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da atenção básica;

Desenvolver cultura de negociação e contratualização, que implique na gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados;

Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários;

Caráter voluntário para a adesão tanto pelas equipes de saúde da atenção básica quanto pelos gestores municipais, a partir do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.

O PMAQ está organizado em três fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que compõem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB:

1. Adesão e contratualização – Consiste na etapa em que a gestão municipal e as equipes pactuam os compromissos, em seguida faz a adesão e (re)contratualização das equipes com o Ministério da Saúde e posterior homologação mediante portaria.

2. Certificação – Será realizado a avaliação externa que consiste na verificação in loco de padrões de acesso e qualidade previamente definidos pelo programa,

que resultará na certificação das equipes. Neste momento será verificada também a realização de momento autoavaliativo pelos profissionais, além da avaliação de desempenho do conjunto de indicadores contratualizados na etapa de adesão e contratualização.

3. Reconstrualização - se caracteriza pela pactuação singular dos Municípios com incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos participantes do PMAQ.

Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento - consiste em um conjunto de ações que serão empreendidas pela gestão e equipes, com o intuito de promover os movimentos de mudança da gestão, do cuidado e da gestão do cuidado que produzirão a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. Deve ser entendido como transversal a todas as fases e está organizada em cinco dimensões: Autoavaliação, Monitoramento, Educação Permanente, Apoio Institucional e Cooperação Horizontal.

A cada ciclo os municípios que aderirem ao PMAQ-AB farão jus ao Incentivo Financeiro denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), que será repassado ao Distrito aos Municípios em 2 (dois) momentos: no início de cada ciclo, após a homologação da adesão ao programa e após a avaliação externa/ certificação.

Para 3º Ciclo do PMAQ foi ampliado o número de faixas para a certificação das equipes de 3 para 5 faixas (ótimo, muito bom, bom, regular, ruim). As equipes receberão valores diferenciados de acordo com o desempenho obtido. Após a classificação das equipes será definido um fator de desempenho que distribuirá o orçamento destinado ao pagamento da certificação. Os municípios receberão por equipe de saúde contratualizada valores a serem definidos considerando o número de equipes em cada faixa de certificação e o fator de desempenho.

SAIBA MAIS

Portaria nº 1.645 de 02 de outubro de 2015 - Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ AB)

Portaria nº 1.658, de 12 de setembro de 2016 - Homologa a contratualização / reconstrualização dos Municípios ao terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ).

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA E ATENÇÃO BÁSICA

O Programa Saúde na Escola (PSE) constitui-se uma estratégia de ação intersetorial para a integração e a articulação entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, das equipes de Atenção Básica e da Educação Básica Pública.

O PSE foi instituído pelo **Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007**, visando contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino.

As ações em saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência, e serão desenvolvidas articuladamente com a rede de educação pública básica e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, podendo compreender as seguintes ações, entre outras:

- I - avaliação clínica;
- II - avaliação nutricional;
- III - promoção da alimentação saudável;
- IV - avaliação oftalmológica;
- V - avaliação da saúde e higiene bucal;
- VI - avaliação auditiva;
- VII - avaliação psicossocial;
- VIII - atualização e controle do calendário vacinal;
- IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências;
- X - prevenção e redução do consumo do álcool;
- XI - prevenção do uso de drogas;
- XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva;
- XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer;
- XIV - educação permanente em saúde;
- XV - atividade física e saúde;
- XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e
- XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

Como subsídio às ações, o grupo de trabalho intersetorial federal (GTI-F) disponibiliza documentos norteadores na modalidade de cadernos temáticos que apresentam conteúdos específicos para população escolar, como:

verificação do calendário vacinal, saúde e educação ambiental, segurança alimentar e nutricional, entre outros.

A atuação no Programa Saúde na Escola deve considerar que a escola configura-se como locus da ação intersetorial e integra o território de atuação das equipes de saúde da família e equipes de atenção básica. Assim, as práticas nesse contexto devem ser baseadas na análise do território e no planejamento construído pelos grupos de trabalho intersetoriais (GTI), pautados na longitudinalidade do cuidado. É importante considerar que todas as escolas existentes no território devem ser contempladas com ações das equipes de saúde.

ATENÇÃO

Compete aos Municípios a criação do Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal (GTI-M);

SAIBA MAIS

As portarias, cadernos temáticos e demais informações sobre o programa encontram-se no site **www.saude.gov.br/dab** como também as informações sobre a organização do GTI.

PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

O Programa Academia da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, foi instituído pela Portaria GM/MS nº 719, de 07 de abril de 2011 e redefinido pela Portaria GM/MS nº 2.681, de 08 de novembro de 2013, com o objetivo principal de contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de pólos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física, além de lazer e modos de vida saudáveis.

Esses pólos são espaços públicos, construídos para a prática das atividades descritas a seguir:

I - promoção de práticas corporais e atividades físicas (ginástica, lutas, capoeira, dança, jogos esportivos e populares, yoga, tai chi chuan, dentre outros);

II - produção do cuidado e de modos de vida saudáveis;

III - promoção de atividades de segurança alimentar e nutricional e de educação alimentar;

IV - práticas integrativas e complementares (abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras);

V - práticas artísticas e culturais;

VI - educação em saúde;

VII - organização do planejamento das ações do Programa em conjunto com a equipe da Atenção Básica e usuários;

VIII - mobilização da comunidade.

O Ministério da Saúde prevê três modalidades de polos, observadas as estruturas e áreas conforme Portaria GM/MS nº 1707/16:

- **Modalidade Básica:** recebendo, para sua construção, incentivo de R\$ 80.000,00 (oitenta mil reais);

- **Modalidade Intermediária:** recebendo, para sua construção, incentivo de R\$ 100.000,00 (cem mil reais);

- **Modalidade Ampliada:** recebendo, para sua construção, incentivo de R\$ 180.000,00 (cento e oitenta mil reais).

O incentivo financeiro para custeio das ações de promoção da saúde do Programa Academia da Saúde será repassado mensalmente, por transferência regular e automática diretamente do Fundo Nacional de Saúde (FNS), por meio do Piso de Atenção Básica Variável (PAB Variável), no valor mensal de R\$

3.000,00 (três mil reais) por polo, após homologação desse ato pelo Ministério da Saúde;

A cogestão do Programa Academia da Saúde deve ocorrer de forma intrasetorial entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica, em articulação com toda a rede de serviços de saúde.

O monitoramento e a avaliação das atividades realizadas no âmbito do Programa ficarão a cargo do Ministério da Saúde, por meio da SAS/MS e da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), e das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, podendo essas ações serem realizadas por meio de:

I - indicadores e instrumentos de gestão do SUS;

II - registro da produção dos profissionais de saúde no desenvolvimento de ações do Programa Academia da Saúde nos sistemas de informação do SUS;

III - instrumentos para identificar o grau de satisfação e adesão dos usuários; e

IV - inquéritos de base populacional.

IMPORTANTE!

A solicitação de custeio deverá ser feita por meio do Sistema de Apoio à Implantação de Políticas em Saúde (SAIPS) disponível em <http://saips.saude.gov.br/>. As orientações para tal procedimento estão disponíveis em: www.saude.gov.br/academiadasaude no campo “Documentos e Manuais”.

Para mais informações sobre as regras e critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos, de custeio de atividades do programa e critérios de similaridade consultar a **Portaria GM/ MS nº 1707/2016**.

PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

O Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde faz parte da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e tem como objetivo permitir o repasse de incentivos financeiros para Construção, Reforma e Ampliação de UBS municipais e distritais como forma de prover infraestrutura adequada às Equipes de Saúde da Família (EqSF) e/ou Equipes de Atenção Básica para desempenho de suas ações, contribuindo para estruturação e o fortalecimento da Atenção Básica.

ACOMPANHAMENTO DAS PROPOSTAS EXISTENTES

O acompanhamento das propostas já existentes formalizadas através do Programa Requalifica UBS ou através de recurso de Emendas Parlamentares deve ser realizado no SISTEMA DE MONITORAMENTO DE OBRAS - SISMOB, observando-se o fluxo das seguintes Portarias:

Portaria nº 339, de 4 de março de 2013 - Componente Ampliação

Portaria nº 340, de 4 de março de 2013 - Componente Construção

Portaria nº 341, de 4 de março de 2013 - Componente Reforma

REPASSE DE INCENTIVOS FINANCEIROS

AMPLIAÇÃO E REFORMA

1ª parcela (20% do total da obra): Repasse automático

2ª parcela (80% do total da obra):

- Envio de **ofício** e **Ordem de Início de Serviço** para a CIB, por correio ou através do email sesab.cib@saude.ba.gov.br, que irá homologar os documentos e reencaminhar para o município;
- Inserção dos dois documentos com o recebido da CIB no SISMOB.

CONSTRUÇÃO

1ª parcela (10% do total da obra): Repasse automático

2ª parcela (65% do total da obra):

- Envio de **ofício** e **Ordem de Início de Serviço** para a CIB, por correio ou através do email sesab.cib@saude.ba.gov.br, que irá homologar os documentos e reencaminhar para o município;
- Inserção dos dois documentos com o recebido da CIB no SISMOB.

3ª parcela (25% do total da obra):

- Acompanhamento de todas as etapas da obra através de fotos;
- Envio de **ofício** e **Atestado de Conclusão de Obra** para a CIB, por correio ou através do email sesab.cib@saude.ba.gov.br, que irá homologar os documentos e reencaminhar para o município;
- Inserção dos dois documentos com o recebido da CIB no SISMOB

ATENÇÃO

- **Portaria nº 381 de 6 de fevereiro de 2017** que dispõe sobre as transferências fundo a fundo, de recursos financeiros de capital ou corrente, do Ministério da Saúde a estados, Distrito Federal e municípios destinados à execução de obras de **construção, ampliação e reforma**.

NOVAS REGRAS PARA CONSTRUÇÃO, REFORMA E AMPLIAÇÃO

Portaria nº 381 de 6 de fevereiro de 2017

O SISMOB fica instituído como sistema de cadastro, análise de proposta e monitoramento da execução da obra. Para acessar o SISMOB acesse o link: <https://goo.gl/hgFReY>

Propostas habilitadas até a data da publicação desta Portaria devem obedecer aos dispositivos previstos à época de sua habilitação (Portarias 339, 340 e 341 de 04 de março de 2013 e Portaria 2.804 de 18 de dezembro de 2014), com relação ao pagamento em parcelas, à documentação para solicitação de novas parcelas e prazos, **nas demais questões aplica-se a Portaria 381 de 6 de fevereiro de 2017, conforme art.16.**

Propostas habilitadas a partir da data de publicação desta Portaria devem observar os prazos e diretrizes a seguir.

PASSO A PASSO PARA CADASTRO DE NOVAS PROPOSTAS NO SISMOB

1. Pactuação do projeto de obra na CIB, com previsão dos recursos necessários para operação e manutenção e previsão da necessidade de responsabilidade compartilhada sobre o custeio, caso se aplique, com a inserção em plano de saúde e programação anual de saúde;

2. Questionário eletrônico - No SISMOB, o proponente deve responder a um questionário eletrônico que irá avaliar a capacidade técnica de execução, gestão e manutenção;

3. Cadastro das propostas no SISMOB:

Ampliação e Reforma: A proposta do projeto deve informar os ambientes existentes e a configuração final planejada;

Construção: O SISMOB irá informar a configuração mínima de ambientes desejados para o tipo de unidade;

4. Publicação de Portaria Ministerial específica habilitando a proposta e empenho;

5. Inserção dos seguintes documentos no SISMOB:

Ampliação e Construção: 1. Comprovação da aprovação do projeto básico na vigilância sanitária; 2. inserção da ordem de Serviço assinada pelo gestor local; e 3. certidão emitida em cartório de registro de imóveis comprovando o exercício de plenos poderes sobre o terreno;

Reforma: 1. Comprovação da aprovação do projeto básico na vigilância sanitária; e 2. inserção da Ordem de Serviço assinada pelo gestor local;

6. POSSIBILIDADE DE PEDIDO DE **ALTERAÇÃO DE ENDEREÇO** APENAS PARA CONSTRUÇÃO;

7. Emissão de parecer favorável para transferência do recurso fundo a fundo;

8. Os valores aprovados serão transferidos em **parcela única**.

ETAPAS DA OBRA

1. ETAPA DE AÇÃO PREPARATÓRIA:

INÍCIO: Publicação da Portaria Ministerial de habilitação da proposta;

FIM: Parecer favorável para transferência do recurso;

PRAZO MÁXIMO DE DURAÇÃO DA ETAPA: 270 (duzentos e setenta) dias prorrogados por mais 270 (duzentos e setenta) dias;

2. ETAPA DE INÍCIO DE EXECUÇÃO DE OBRA:

INÍCIO: Transferência do recurso da União;

FIM: Informação no SISMOB de que a obra atingiu 30% de execução;

PRAZO MÁXIMO DE DURAÇÃO DA ETAPA: 90 (noventa) dias prorrogados por mais 90 (noventa) dias;

3. ETAPA DE EXECUÇÃO E CONCLUSÃO DE OBRA:

INÍCIO: Informação no SISMOB de que a obra atingiu 30% de execução;

FIM: Informação no SISMOB de que a obra atingiu 100% de execução;

PRAZO MÁXIMO DE DURAÇÃO DA ETAPA: 270 (duzentos e setenta) dias prorrogados por mais 270 (duzentos e setenta) dias;

4. ETAPA DE ENTRADA EM FUNCIONAMENTO:

AMPLIAÇÃO E CONSTRUÇÃO

INÍCIO: Informação no SISMOB de que a obra atingiu 100% de execução;

FIM: Informação no SISMOB sobre a data do início do funcionamento e número do registro no CNES;

PRAZO MÁXIMO DE DURAÇÃO DA ETAPA: 90 (noventa) dias prorrogados por mais 90 (noventa) dias;

REFORMA

INÍCIO: Informação no SISMOB de que a obra atingiu 100% de execução;

FIM: Inserção do Atestado de Conclusão no SISMOB.

IMPORTANTE!

Os pedidos de prorrogação do prazo para execução de etapa da obra devem ser feitos mediante apresentação de justificativa e quantidade de dias necessários para finalizar a etapa, observando os prazos máximos desta Portaria.

PRAZO MÁXIMO DE DURAÇÃO DE TODA A OBRA - 48 (quarenta e oito) meses a partir da publicação da Portaria Ministerial de habilitação da proposta.

DEVE SER INFORMADO NO SISMOB

- Todas as informações pertinentes à execução da obra devem ser atualizadas no mínimo a cada 60 dias;
- Os responsáveis técnicos, fiscal da obra e fiscal do contrato, nos termos da legislação vigente sobre execução de obras públicas;
- O regime de execução de obra, os marcos do processo licitatório e dados das empresas executoras;
- Registros fotográficos do terreno e da evolução da obra;
- A paralisação da obra, juntamente com os documentos comprobatórios da situação e a previsão de retorno.

ATENÇÃO!

DESABILITAÇÃO DE PROPOSTAS

Propostas com etapa de execução fora do prazo ou atualização periódica de 60 dias vencida serão notificadas por meio eletrônico pelo Ministério da Saúde. Serão notificados os responsáveis pelo monitoramento das obras cadastrado no SISMOB. A falta de resposta às notificações ensejará desabilitação da proposta.

DEVOLUÇÃO DE RECURSOS

Os recursos financeiros repassados fundo a fundo que não forem executados parcial ou integralmente deverão ser devolvidos, acrescidos de correção monetária prevista em lei, por meio de fluxos e documentos a serem disponibilizados no portal do Fundo Nacional de Saúde **www.fns.saude.gov.br**

SAIBA MAIS

A cada ano o Fundo Nacional de Saúde elabora nova cartilha para Apresentação de Novas Propostas no Ministério da Saúde; Está disponível no site do Fundo Nacional de Saúde (FNS), no menu “Destaques FNS”, na barra superior da página inicial, os **valores atualizados para o financiamento de obras fundo a fundo**, em consonância com a Portaria N° 381 GM/MS, de 6 de fevereiro de 2017;

- Para novas propostas, o município deve entrar no site **<http://www.fns.saude.gov.br/>**

Contatos:

Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde:

Telefone: (61) 3315-9040 / 9050 / 9066 / 9061

Email: requalificaubs@saude.gov.br

COGEP/DAB/SAIS/SESAB:

Telefone: (71) 3115-8339/4248

Email: dab.cogep@gmail.com

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

A Assistência Farmacêutica (AF) na Atenção Básica é financiada pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios. A **Portaria nº 1.555 de 30 de julho de 2013** dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da AF no âmbito do SUS, definindo como incentivo federal de R\$ 5,10/habitante/ano, e contrapartida estadual e municipal de no mínimo R\$ 2,36/habitante/ano cada. Este recurso faz parte do Bloco da Assistência Farmacêutica e deve ser aplicado no custeio dos medicamentos destinados aos agravos prevalentes e prioritários da AB, presentes na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME).

Com base na mesma portaria, com esses recursos também podem ser adquiridos medicamentos fitoterápicos e insumos homeopáticos constantes na Farmacopéia Homeopática Brasileira 3ª edição. Um percentual de até 15% da soma das contrapartidas estaduais e municipais pode ser aplicado também em ações de estruturação das Farmácias do SUS, e qualificação dos serviços farmacêuticos destinados à AF Básica.

É importante destacar que existe, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS), que se propõe a fortalecer a AB desde a estruturação física, a qualificação dos recursos humanos e a disponibilização de informações que possibilitem o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços da AF. É uma ação pioneira que busca superar iniquidades regionais, qualificando as farmácias e as centrais de abastecimento dos municípios mais vulneráveis, assim oferecendo maior segurança e agilidade no cuidado à população.

Para qualificar a gestão da AF nas três esferas do SUS, e contribuir para a ampliação do acesso aos medicamentos e da atenção à saúde prestada à população, foi criado o Sistema Hórus, que apresenta como principais benefícios melhorar o controle de estoque de medicamentos, tanto nas farmácias básicas quanto nas Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF), assim como melhorar o registro de entrada e saída de medicamentos dos serviços.

De forma regular e automática, em parcelas de um doze avos, o montante federal é repassado mensalmente pelo FNS, aos estados e/ou municípios. Por sua vez, a contrapartida estadual é realizada por meio do repasse de

recursos financeiros aos municípios. Existem casos em que o fornecimento dos medicamentos do componente básico é definido e pactuado pela CIB.

O MS é responsável pela aquisição e distribuição das insulinas humanas (NPH e regular) e dos dispositivos contraceptivos que são entregues no CAF do Estado, a quem compete distribuí-los aos municípios. Os municípios das capitais e, aqueles com população maior que 500 mil habitantes, recebem os contraceptivos diretamente dos fornecedores contratados pelo Ministério da Saúde.

Os serviços farmacêuticos na AB estão estruturados nos seguintes pilares: planejamento, abastecimento e cuidado farmacêutico. Para o desenvolvimento do cuidado, é fundamental a atuação do profissional farmacêutico de forma articulada com as equipes de saúde, centrada no usuário, visando à educação em saúde e à promoção do uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, de terapias alternativas e complementares, por meio dos serviços da clínica farmacêutica e das atividades técnico-pedagógicas voltadas aos sujeitos da comunidade e à equipe de saúde (BRASIL, 2014).

SAIBA MAIS

Para mais informações, consultar a **Portaria nº 1.555 de 30 de julho de 2013**
DASF/SAFTEC/SESAB: (71) 3115 4328
sesab.dasf@saude.ba.gov.br

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SISAB) E-SUS

O Sistema de informação da Atenção Básica (SISAB) foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Integra a estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB), que propõe o incremento da gestão da informação, a automação dos processos, a melhoria das condições de infraestrutura e a melhoria dos processos de trabalho.

Além do SISAB, temos os sistemas e-SUS AB para captar os dados, que é composto por dois sistemas de software que instrumentalizam a coleta dos dados que serão inseridos no SISAB. São eles:

- 1) Coleta de Dados Simplificado (CDS);
- 2) Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e
- 3) Aplicativos (App) para dispositivos móveis, atualmente disponível: app AD (Atenção Domiciliar).

Pode ser utilizado por profissionais de todas as equipes de AB, pelas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, do Consultório na Rua, de Atenção à Saúde Prisional e da Atenção Domiciliar, além dos profissionais que realizam ações no âmbito de programas como o Saúde na Escola e a Academia da Saúde.

São gerados relatórios de saúde, bem como relatórios de indicadores de saúde por estado, município, região de saúde e equipe.

SAIBA MAIS

O SISAB encontra-se disponível no seguinte endereço: **sisab.saude.gov.br** e **<https://goo.gl/PgvEuw>**

SCNES – SISTEMA DE CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE

O SCNES operacionaliza os Sistemas de Informações em Saúde, sendo estes imprescindíveis a um gerenciamento eficaz e eficiente do SUS. Propicia ao gestor o conhecimento da realidade da rede assistencial existente, sua potencialidade e capacidade instalada, visando auxiliar no planejamento em saúde, bem como dar maior visibilidade ao controle social a ser exercido pela população.

O SCNES disponibiliza os seguintes dados:

- a) Informações básicas gerais;
- b) Endereçamento/Localização;
- c) Gestor responsável (Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Estadual de Saúde, etc.);
- d) Atendimento prestado (Internação, Ambulatório, etc.);
- e) Caracterização (Natureza, Esfera, Tributos, etc.);
- f) Equipamentos (RX, Tomógrafo, ultra-som, etc.);
- g) Serviços de Apoio (SAME, S. Social, Lavanderia, etc.);
- h) Serviços Especializados (Cardiologia, Nefrologia, Farmácia, etc.);
- i) Instalações Físicas (leitos, salas, etc.);
- j) Profissionais (SUS, não SUS, CBO, Carga horária, etc.);
- h) Equipes (EqSF, EACS, etc.);

IMPORTANTE!

Vale destacar a importância de manter os **dados do SCNES atualizados**, baseado em informações reais. Esta atualização é de responsabilidade de cada gestor municipal e deve ser realizada com a frequência necessária, ou seja, sempre que houver alteração nas unidades/equipes do município.

SAIBA MAIS

- Para contato com técnicos da Diretoria de Contrato da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, ligar para (71) 3115 4126 / 4128

- Para contato com técnicos do DATASUS Bahia, ligar para (71) 3266 2368 / 3543 2760 / 2371

Email: datasusba@saude.gov.br

- Para treinamento do SCNES, ligar para (71) 3115 4108.

TELESSAÚDE BRASIL REDES – BAHIA

O Telessaúde-Bahia iniciou suas atividades no Estado no ano de 2013 com objetivo de ampliar e fortalecer a ESF a partir da oferta de serviços como Teleconsultoria, Segunda Opinião Formativa, Tele-Educação e Telegestão, dirigidos aos diversos profissionais que atuam nas equipes de atenção básica. Tem como objetivo potencializar o processo de trabalho dos profissionais destas equipes e desenvolver ações de educação permanente, integrando tecnologias de informação, comunicação e educação em saúde.

Ainda, favorece a ampliação da clínica e da resolutividade na Atenção Básica, além de reduzir os deslocamentos desnecessários de usuários a consultas e exames, qualificando os encaminhamentos, diminuindo assim, o tempo de espera, tendo impacto direto no uso racional de recursos humanos e financeiros municipais, com vistas à melhoria dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde à população.

As ofertas do Telessaúde são compreendidas como:

- **Teleconsultoria:** consulta feita por algum profissional da saúde registrado por meio de instrumentos de telecomunicação (plataforma virtual), com a finalidade de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde, disponibilização de materiais educativos, questões relativas ao processo de trabalho e organização e gestão da Atenção Básica, podendo ser de três tipos:
 - a) assíncrona:** teleconsultoria realizada por meio de texto, ou seja, acontece mesmo quando o teleconsultor e profissional não estão conectados ao sistema ao mesmo tempo.
 - b) síncrona:** teleconsultoria realizada em tempo real, geralmente por chat, web ou videoconferência, agendado via plataforma;
 - c) via 0800:** teleconsultorias gratuitas por telefone com o objetivo de ajudar na resolução dos problemas de saúde dos pacientes de maneira rápida, objetiva e baseada nas melhores evidências científicas. As dúvidas são respondidas em tempo real, sem a necessidade de agendamento prévio, e sem custos ligando para 0800 071 3535. É destinado a enfermeiros e cirurgiões-dentistas da Atenção Básica de todo o Estado da Bahia de segunda à sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h às 17h.
- **Segunda Opinião Formativa:** respostas sistematizadas às perguntas originadas das teleconsultorias, e selecionadas a partir de critérios de relevância e pertinência em relação às diretrizes do SUS. Estas respostas

são construídas com base em revisão bibliográfica, nas melhores evidências científicas e clínicas, e no papel ordenador da Atenção Básica à saúde;

- **Tele-Educação:** Forma de ensino que possibilita a aprendizagem e consiste na utilização de ferramentas tecnológicas e recursos didáticos sistematicamente organizados para a construção e aperfeiçoamento de conhecimentos em saúde. São disponibilizados cursos, aulas, treinamentos e capacitações presenciais e à distância, além de serviço de webpalestras e webconferências voltados para a educação permanente dos profissionais da saúde da Atenção Básica e mediados por profissionais qualificados e com notório saber no tema a ser abordado.
- **Alô Mainha:** Serviço que objetiva orientar e esclarecer dúvidas dos usuários sobre o ciclo gravídico puerperal e o cuidado com o recém-nascido até o segundo ano de vida. Não se trata de teleconsulta, uma vez que a mesma é proibida no Brasil, conforme art. 62 do Código de Ética Médica. Consiste em um atendimento individualizado, conforme as necessidades da mulher, com muita privacidade e no conforto de sua casa, realizado por um profissional da área de enfermagem especialista em obstetrícia que deverá ofertar orientações respeitando a bioética, traduzida no repasse de informações, baseadas em evidências científicas e pautadas pelo cuidado; presta um atendimento acolhedor, respeitoso, ético, sem juízo de valor, com segurança valorizando a mulher como protagonista do processo.

O Telessaúde-BA está disponível para os 417 municípios baianos e pode ser acessível de qualquer computador ou smartphone com acesso à internet, além dos Pontos de Telessaúde instalados nas Unidades de Saúde da Família (USF) cadastrados no SCNES.

Os municípios que receberam recurso do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (recurso Fundo a Fundo) foram responsáveis pela aquisição, disponibilização e manutenção dos equipamentos, conforme Portaria GM/MS nº 2.815/2011. Para os demais municípios, o Estado disponibilizou os kits de computadores para implantação do Telessaúde, conforme Nota Técnica nº 01, de 16 de janeiro de 2012 e Resolução CIB/ BA nº 143 de 21 de julho de 2011.

ATENÇÃO

A coordenação municipal de AB deve manter estabelecida uma comissão responsável pela gestão do Telessaúde, e ainda:

- comprometer-se com a implementação, monitoramento e avaliação do Telessaúde Brasil Redes - Bahia, em articulação com o Comitê Gestor Estadual e com a respectiva instância intermunicipal;
- promover a integração dos profissionais de saúde com as ações do Telessaúde Brasil Redes - Bahia, de acordo com a carga horária e conforme a legislação vigente;
- estimular o uso dos serviços do Telessaúde entre seus trabalhadores, tanto pela equipe gestora municipal quanto pelas Equipes de Saúde da Família, Núcleo de Apoio a Saúde da Família, Consultório na Rua, PROVAB, Mais Médicos, Programa Saúde na Escola e Academia da Saúde.

Porque realizar teleconsultorias?

- Reduzir a quantidade de deslocamentos desnecessários de pacientes aumentando a acessibilidade local aos serviços de saúde, sobretudo os de prevenção de doenças.
- Elucidar dúvidas sobre procedimentos clínicos e processos de trabalho;
- Oferecer orientações para a gestão organizacional da AB;
- Oferecer orientações para ações e campanhas de saúde;
- Apoiar na educação permanente e continuada para a equipe;
- Disponibilizar materiais didáticos de apoio;
- Diminuir o custo de saúde através da qualificação profissional local.

Quem pode utilizar?

Todos os profissionais de saúde da Atenção Básica da Bahia (odontólogos, enfermeiros, médicos, técnicos e auxiliares de enfermagem e em saúde bucal, agentes comunitários de saúde, além de gestores da Atenção Básica e equipes NASF, PSE, Academia da Saúde, Consultório da Rua, PROVAB e PMM), cadastrados na plataforma do Ministério da Saúde.

Por isso, gestor da AB, divulgue e encoraje seus trabalhadores para utilizar as ofertas e saiba como a equipe do Telessaúde Ba pode apoiar a gestão e os profissionais de saúde do território. Acesse e cadastre-se no nosso site (**www.telessaude.ba.gov.br**). Não fique de fora, participe!

SAIBA MAIS

Acompanhe e curta o Telessaúde nas redes sociais!

SITE: <http://telessaude.ba.gov.br/>

FACEBOOK: [facebook.com/telessaudeba](https://www.facebook.com/telessaudeba)

YOUTUBE: [CanalTelessaudeBA](https://www.youtube.com/CanalTelessaudeBA)

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS)

Um dos princípios do SUS é a integralidade que está relacionada a compreensão do humano na sua dimensão global e a oferta diversificada/qualificada de ações de promoção da saúde, prevenção das doenças e assistência nos diferentes níveis de atenção.

Esse entendimento quanto a integralidade justifica a necessidade de implementação de outras racionalidades, de outras lógicas de cuidado que amplie a resolubilidade prioritariamente na atenção primária em saúde. Nesse contexto se insere a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC), aprovada em maio de 2006, por meio da Portaria MS nº 971 que normatiza e harmoniza a utilização dessas práticas na saúde pública brasileira.

O campo da PNPIC envolve teorias próprias sobre o processo saúde-doença, diagnóstico e terapêutica (LUZ, 2003). Os sistemas e recursos terapêuticos contemplados buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de ações diagnósticas ampliadas com estímulo ao autocuidado e integração do ser humano com a natureza. São Sistemas e Recursos Terapêuticos incluídos na PNPIC:

Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura

Medicina originada há milhares de anos na China, que se fundamenta nas teorias do yin-yang e dos cinco movimentos. Utiliza para diagnóstico a anamnese, a palpação do pulso, a observação da face e da língua e possui como abordagens terapêuticas a fitoterapia chinesa, a dietoterapia, as práticas corporais e mentais, a acupuntura, a moxaterapia e ventosaterapia.

Homeopatia

A homeopatia é um sistema de caráter holístico e vitalista, que vê a pessoa com um todo, não em partes. Desenvolvida 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. Nesse sistema, as substâncias disponíveis na natureza têm potencial de curar os mesmos sintomas que produzem.

Termalismo Social/ Crenoterapia

Designa as diferentes maneiras de utilização das águas termominerais com

elemento terapêutico, envolve abordagens individuais e coletivas de cuidado na perspectiva da promoção da saúde. O termalismo social utiliza uma abordagem intersetorial e interdisciplinar e, mais do que uma prática terapêutica, é um modelo de atenção à saúde. Para além dos benefícios biológicos, o termalismo social considera as dimensões ecológica, social, cultural, política, lúdica e subjetiva.

Plantas medicinais e fitoterapia

Terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes apresentações farmacêuticas, sem a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal. Os produtos podem ser oferecidos nas seguintes formas: planta medicinal in natura, planta medicinal seca (droga vegetal), fitoterápico manipulado e/ ou fitoterápico industrializado.

Medicina Antroposófica

A medicina antroposófica apresenta-se como abordagem de base vitalista, fundamentada no entendimento da antroposofia sobre o ser humano, a saúde e o adoecimento. Entre os recursos utilizados, destacam-se os medicamentos baseados na homeopatia, na fitoterapia e outros específicos da medicina antroposófica.

ATENÇÃO

Os serviços e os profissionais envolvidos com as PICs devem ser cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

IMPORTANTE!

Vale salientar que, para o ano de 2017, está prevista a publicação e ampla divulgação da Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares

SAIBA MAIS

Consulte o site: <https://goo.gl/xsyd3S>

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

O Programa Bolsa Família (PBF), instituído pela Lei n 10.836, de 09 de janeiro de 2004, é um programa do Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, de transferência direta de renda direcionado às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o País que busca garantir o direito à alimentação e o acesso à educação e a saúde. O investimento na gestão deste programa é essencial para reduzir desigualdades sociais, movimentar o comércio local, produzir saúde e ainda viabilizar mais recursos para gestão

Os valores dos benefícios pagos pelo PBF variam de acordo com as características de cada família, considerando a renda mensal da família por pessoa, o número de crianças e adolescentes de até 17 anos, de gestantes, nutrizes e de componentes da família. As equipes da Atenção Básica têm, dentre as suas funções, a responsabilidade de identificar e priorizar o acompanhamento de indivíduos em situação de alto risco e vulnerabilidade para promover melhoria nas suas condições de vida.

O compromisso do SUS com o PBF pressupõe a organização da Atenção Básica para o devido acompanhamento das condicionalidades na área de saúde que são:

- **para as gestantes e nutrizes** – garantir o comparecimento às consultas de pré-natal e a assistência ao puerpério, visando à promoção do aleitamento materno e dos cuidados gerais com a alimentação e saúde da criança;
- **para as crianças menores de 7 (sete) anos** – garantir o cumprimento do calendário de vacinação e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

Estas ações devem acontecer de forma articulada com as demais ações das áreas de educação e ação social visando potencializar o impacto deste programa na melhoria das condições de vida das famílias beneficiárias além de promoverem maiores coberturas de pré-natal, imunização e puericultura no Município e gerando, assim recursos adicionais para gestão através do Índice de Gestão Descentralizada Municipal (IGD-M).

É muito importante que os gestores se comprometam em promover ações articuladas da Atenção Básica com o PBF, bem como disponibilize oficinas de capacitação e atualização do PBF para os profissionais atuantes no programa de Saúde da Família, principalmente para os ACS, os quais estão, rotineiramente, acompanhando e identificando as famílias com baixa renda e em situação de risco e vulnerabilidade social, podendo, dessa forma, contribuir na busca ativa e cadastro dos indivíduos para o PBF.

PROGRAMAS DE PROVISÃO DE MÉDICOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB)
Projeto Mais Médicos para o Brasil (PMMB)

Os Programas de Provisão são estratégias para prover profissionais que atuem na Atenção Básica, em especial para locais de difícil acesso como zonas rurais, Distrito Sanitário Especial Indígena, áreas Quilombolas e periferias urbanas, sendo os principais o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB).

O Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) foi instituído pelo Ministério da Saúde em setembro de 2011, através da Portaria Interministerial nº 2087 MS/MEC, visando incentivar que médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas atuem na Atenção Básica de municípios com carência de profissionais, em áreas de extrema pobreza, além de periferias das regiões metropolitanas. Desde 2013, o programa foi direcionado para a formação de médicos para atuar na Estratégia de Saúde da Família.

O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foi lançado em 2013, para ampliação do acesso da população a Atenção Básica, com destaque para o Projeto Mais Médicos (PMM) para o Brasil. Instituído pela Lei 12.871/2013, o PMM visa aumentar a cobertura de atenção à saúde da população, a partir das estratégias de indução para formação, provimento e fixação de médicos, com ênfase para as seguintes etapas:

- 1) Chamada Nacional e Internacional para médicos (Projeto Mais Médicos no Brasil);
- 2) Ampliação e interiorização da oferta de vagas em cursos de medicina (Autorização para funcionamento de novos Cursos de Medicina, principalmente em municípios do Interior do País);
- 3) Ampliação de vagas para Residência médica (Medicina de Família e Comunidade, Obstetrícia e Ginecologia, Pediatria, Clínica Médica) em locais que dispõem de rede de serviços de saúde próximas a áreas de difícil provimento;
- 4) Constituição da Residência de Medicina Geral de Família e Comunidade (RMGFC) como primeiro ano de residência para a maioria das especialidades médicas.

O município tem como vantagem dispor de profissional médico atuando na

Atenção Básica, por 40 horas semanais, além da garantia de profissionais atuando nas unidades de saúde. Os programas de provisão tem como objetivo a integração ensino-serviço-comunidade e a educação pelo trabalho, promovendo a oferta de serviços de saúde qualificados e resolutivos para os usuários e a qualificação das práticas ofertadas aos usuários do SUS.

IMPORTANTE

Os municípios contemplados com os Programas de Provisão adquirem **desoneração em suas folhas de Pagamento**, uma vez que não pagam tributos trabalhistas e previdenciários referentes aos profissionais dos Programas de Provisão, pois a remuneração dos mesmos é na modalidade de Bolsa.

ATENÇÃO

As condicionalidades para os municípios que participam dos Programas de Provisão Médicos na Atenção Básica estão definidas no **termo de adesão/renovação e compromisso** celebrados entre o Ministério da Saúde. Os gestores municipais deverão atentar-se, em especial as cláusulas:

Cláusula segunda - dos compromissos com a Política Nacional de Atenção Básica;

Cláusula terceira - das obrigações dos municípios nos programas de provisão de médicos do Ministério da Saúde

Acesse periodicamente o site **maismedicos.saude.gov.br**, no menu “Documentos” > “Editais” para ter acesso ao edital vigente.

PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE PARA A ATENÇÃO BÁSICA

Os gestores municipais que desejarem implantar um programa de residência em saúde devem aderir aos Editais ou Chamamentos Públicos lançados pelo Ministério da Saúde, onde encontram-se os critérios de implantação de programa de residência, com submissão de Projeto Pedagógico para este fim para Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e/ou Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

Outra possibilidade para a gestão municipal é a oferta do campo de prática para residência médica e multiprofissional em saúde na atenção básica e/ou em outros níveis de atenção à saúde municipal.

Em ambas as situações, o município deve dispor de: ambiência e infraestrutura adequada na unidade de saúde, organização administrativa e recursos humanos qualificados, em conformidade com os Princípios e Diretrizes do SUS e a Política Nacional de Atenção Básica.

As residências são consideradas o “padrão-ouro” para a formação em saúde por se tratarem de uma especialização, caracterizadas por qualificação ensino-serviço. Funcionam em serviços de saúde, sob a orientação de profissionais habilitados para exercerem a função de supervisor/preceptor. É um processo formativo que utiliza-se do dispositivo da educação permanente, incorporando o cotidiano do trabalho nos serviços como possibilidade de aprendizagem, voltado para o atendimento das necessidades de saúde da população através de práticas integradas e humanizadas, contribuindo para a formação de profissionais críticos, reflexivos e com compromisso ético-político.

IMPORTANTE

Vantagens da Implantação da Residência em seu Município

Qualificação das equipes de saúde;

Contribuindo com a formação de recursos humanos em saúde;

Garantia de médicos e outros profissionais na equipe com carga horária adequada;

Fortalecimento das estratégias de educação permanente para o município;

Possibilidades de concessão de bolsa de residência;

Processo permanente de reflexão sobre a qualidade de atenção à saúde prestada.

SAIBA MAIS

- Para mais orientações sobre **adesão, contratualização e implementação** da residência no município entrar em contato com a Diretoria de Atenção Básica e/ou Escola Estadual de Saúde Pública

Escola Estadual de Saúde Pública

Email: residenciamedica@saude.ba.gov.br e ceremaps.ba@gmail.com

Telefone: (71) 3116-5320

Diretoria de Atenção Básica

Telefone: (71) 3115-4375

Para mais informações no site da Diretoria de Atenção Básica - **www.saude.ba.gov.br/dab**

ATENÇÃO

- As Instituições de Ensino Superior (IES) da sua região que ofertam cursos na área da saúde são parceiros para implementação das residências.

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

A rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma das estratégias para consolidação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS. Considerada um arranjo organizativo de ações e serviços, a RAS busca aprofundar o processo de regionalização e organização do sistema de saúde com o objetivo de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica.

Experiências demonstram que a organização da RAS tendo a Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica.

O Ministério da Saúde vem trabalhando para estruturação das Redes com apoio dos estados e dos municípios, sendo priorizadas as seguintes redes temáticas:

- Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses. No estado da Bahia esta Rede é considerada prioritária e sua implementação está mais avançada que as demais;
- Rede de Atenção às Urgências e Emergências;
- Rede de Atenção Psicossocial (com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack, e outras Drogas);
- Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer (a partir da intensificação da prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero);
- Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência;

REDE CEGONHA NA ATENÇÃO BÁSICA

A Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 é uma iniciativa do Governo Federal que propõe um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, compondo uma rede de atenção que garanta acesso com acolhimento e resolutividade. Além disso, visa a redução da mortalidade materna e neonatal. Organiza-se a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico - transporte sanitário e regulação.

Na Bahia, a Rede Cegonha vem sendo construída de maneira colaborativa e interfederativa, tendo como grupo condutor: a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS) e o Ministério da Saúde (Resolução CIB/BA nº 96/2011).

Os 417 municípios do estado aderiram a Rede Cegonha, e nas estratégias referentes ao componente pré-natal, a Bahia está implantando o papel filtro como método para a realização de grande parte dos exames preconizados para as gestantes com o objetivo de ampliar acesso e agilizar a realização dos mesmos.

Em algumas regiões de Saúde do estado da Bahia já vem se constituindo Fóruns da Rede Cegonha com o objetivo de articular os municípios para estruturação e qualificação da Rede Materno Infantil.

Uma das experiências no estado da Bahia relacionado com esta política, incluiu o Teste Rápido de Gravidez nos exames de pré-natal, acelerando o processo necessário para a confirmação da gestação e início do pré-natal. Outra ação desenvolvida tem sido a implantação de testes rápidos de HIV e Sífilis no pré-natal.

Outra diretriz que vem sendo implementada é a vinculação das gestantes em rede, que articula maternidades e atenção básica para que as gestantes antes do parto saibam em qual maternidade terão seu bebê, não peregrinem no momento de terem seus filhos e possam retornar à atenção básica para a continuidade do cuidado incluindo o bebê.

Como instrumento de monitoramento e vigilância dos óbitos maternos foi reativado o Comitê Estadual de Estudo da Mortalidade Materna, que em parceria com conselhos de classe e sociedade civil, vem atuando na proposição de ações qualificadas para a redução dos óbitos maternos, visto que aproximadamente 92% desses óbitos são evitáveis.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Portaria nº 2094, de 21 de junho de 1993. Institui a Comissão Intergestores Bipartite da Bahia (CIB/BA) pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Publicado no **Diário Oficial do Estado da Bahia** de 20 de agosto de 1993.

_____. Desprecarização dos Vínculos e Seleção dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. **Cartilha/ Secretaria de Saúde do Estado da Bahia**, 1ª ed., Salvador, BA, 2007.

_____. Resolução CIB/ BA nº 239. Aprova as diretrizes do Acolhimento Pedagógico para Equipes de Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família para o Estado da Bahia e critérios para adesão dos municípios para a sua realização através dos Núcleos Microrregionais. Publicado no **Diário Oficial do Estado da Bahia** de 09 de setembro de 2010. Salvador. BA. 2010.

_____. Resolução CIB/ BA nº 96. Aprova a instituição do Grupo Condutor da Rede Cegonha no Estado da Bahia, composto por representantes da SESAB e COSEMS, com apoio institucional do Ministério da Saúde. Publicado no **Diário Oficial do Estado da Bahia** de 13 de junho de 2011. Salvador. BA. 2011.

_____. Resolução CIB/ BA nº 143. Aprova o Projeto Telessaúde Bahia: Qualificando a Atenção Básica com acesso à tecnologia. Publicado no Diário Oficial no Estado da Bahia de 21 de julho de 2011. Salvador. BA. 2011.

_____. Secretaria de Saúde do Estado. **Nota Técnica nº 01** Orienta sobre a utilização do recurso referente à Portaria MS/GM nº 2.815 de 29 de novembro de 2011. Salvador. BA. 2011.

_____. Resolução CIB/ BA nº 246. Altera os anexos, A, B e D da resolução CIB nº 49 de 06 de março de 2008 e o anexo II da Resolução CIB nº 66, de 19 de março de 2010, que estabelecem modelos de projetos para credenciamento de ESF, ESB, ACS, NASF e alteração da modalidade de ESB, no Estado da Bahia. Publicado no **Diário Oficial do Estado da Bahia** de 20 de junho de 2012. Salvador. BA. 2012.

_____. Casa Civil. **Lei Nº 13.204 de 11 de dezembro de 2014**. Disponível em: <http://www.secom.ba.gov.br/arquivos/File/LEI13204.pdf>. 2014. Acesso em: 22 nov. 2016

_____. Secretaria da Saúde do Estado. **Núcleos Regionais de Saúde - NRS**. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&id=8141&Itemid=31. 2015. Acesso em: 22 nov. 2016.

_____. Resolução CIB/ BA nº 50. Altera os fluxos de credenciamento de ESF, ESB, ACS, NASF, UOM, ECnR, de alteração de modalidade da ESB e de alteração de modalidade de NASF no Estado da Bahia. Publicado no **Diário Oficial do Estado da Bahia** de 12 de maio de 2015. Salvador. BA. 2015.

_____. Secretaria da Saúde. Diretoria da Atenção Básica. **Orientações para a organização das atividades dos Núcleos Regionais de Saúde e Bases Operacionais de Saúde no âmbito da Atenção Básica**. Documento Interno. Salvador, 2016.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

_____. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 14 set. 2000.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 29 dez. 2000.

_____. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 10 jan. 2004.

_____. Emenda Constitucional nº 51, de 14 de Fevereiro de 2006. Acrescenta os §§ 4º, 5º e 6º ao art. 198 da Constituição Federal. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 15 fev. 2006.

_____. Portaria 971, de 03 de maio 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 mar. 2007.

_____. Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 out. 2006.

_____. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 31 jan. 2007.

_____. Decreto Presidencial nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o

Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 06 dez. 2007.

_____. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 04 de março de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 25 jan. 2008.

_____. Portaria GM/ MS nº 2.371, de 07 de outubro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel - UOM.

_____. Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativo à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 24 abr. 2009.

_____. 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 República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 09 out. 2009.

_____. Portaria nº 2.371, de 07 de outubro de 2009. Institui, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, o Componente Móvel da Atenção à Saúde Bucal - Unidade Odontológica Móvel - UOM. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 08 out. 2009.

_____. Portaria nº 402, de 24 de fevereiro de 2010. Institui, em âmbito nacional, o Programa Telessaúde Brasil para apoio à Estratégia de Saúde da Família no Sistema Único de Saúde, institui o Programa Nacional de Bolsas do Telessaúde Brasil e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 25 fev. 2010.

_____. Portaria nº 719, de 07 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 abr. 2011.

_____. Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, jan 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/D7508.htm. Acesso em: 22 nov. 2016.

_____. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde -SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 27 jun. 2011.

_____. Portaria nº 1654, de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 20 jul. 2011.

_____. Portaria nº 2.206, de 14 de setembro de 2011: Institui, no âmbito da Política Nacional da Atenção Básica, o Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde e o respectivo Componente Reforma. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 15 set. 2011.

_____. Portaria 2394, de 11 de outubro de 2011. Institui o Componente Ampliação no âmbito do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, out 2011.

_____. Portaria nº 703, de 21 de outubro de 2011. Estabelece normas para o cadastramento, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), das novas equipes que farão parte da Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011.

_____. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 24 out. 2011.

_____. 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 República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 30 nov. 2011.

_____. Lei Complementar nº141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 jan. 2012.

_____. 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 República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 26 de jan. 2012.

_____. Portaria nº 123, de 25 de janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, jan 2012.

_____. Portaria nº 953 de 15 de maio de 2012. Define o valor mínimo da parte fixa do Piso de Atenção Básica (PAB), para efeito do cálculo do montante de recursos a ser transferido do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Municípios e do Distrito Federal, e divulga os valores anuais e mensais da parte fixa do PAB. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 maio 2012.

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

_____. Portaria nº 500, de 29 de maio de 2012. Estabelece normas para o cadastramento das Unidades Odontológicas Móveis, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 30 mai. 2012.

_____. Portaria nº 2.825, de 14 de dezembro de 2012. Dispõe sobre cadastramento e habilitação de propostas para a construção de Unidades Básicas de Saúde nos Municípios pela Unidade Federativa Estadual com recursos de Emendas Parlamentares. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 17 dez 2012.

_____. Portaria nº 3.124, 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 Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 31 dez 2012.

_____. 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 República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, mar. 2013.

_____. 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 República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, mar. 2013.

_____. 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 República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, mar. 2013.

_____. 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 República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 11 jul 2013.

_____. 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 República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, jul 2013.

_____. Portaria nº 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 República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 31 jul 2013.

_____. Portaria nº 1.922, de 05 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 República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 06 de set. 2013.

_____. Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 23 out 2013.

_____. Portaria nº 2.681 de 07 de novembro de 2013. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, nov. 2013.

_____. 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 República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 28 de mai. 2014.

_____. Lei 12.944 de 17 junho de 2014. Altera a Lei no 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 18 de jun. 2014.

_____. Portaria nº 1.658 de 12 de setembro de 2016. Homologa a contratualização/recontratualização dos Municípios ao terceiro ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, set. 2016.

_____. Portaria nº 1707 de 23 de setembro de 2016. Redefine as regras e os critérios referentes aos incentivos financeiros de investimento para construção de polos; unifica o repasse do incentivo financeiro de custeio por meio do Piso Variável da Atenção Básica (PAB Variável); e redefine os critérios de similaridade entre Programas em desenvolvimento no Distrito Federal e nos Municípios e o Programa Academia da Saúde. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 26 set. 2016.

_____. Portaria nº 1.645 de 02 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, out. 2015.

_____. Conselho Federal de Farmácia. **Serviços Farmacêuticos: contextualização e arcabouço conceitual**. 2014 Disponível: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/pdf/Servi%C3%A7os%20farmac%C3%AAuticos%20contextualiza%C3%A7%C3%A3o%20e%20arcabou%C3%A7o.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Método para análise e co-gestão de coletivos**. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

ANEXO I: TABELA DE FINANCIAMENTO

Componentes de Financiamento		Valores (R\$) e Portarias	
PAB Fixo	<p>Variável segundo critérios: R\$ 28,00, R\$ 26,00, R\$24,00 ou 23,00 por capitano. Portaria nº 1.409 de 10 de julho de 2013</p> <p>ESF modalidade 1 (municípios de até 30.000 hab. e/ou equipes que atendam a populações quilombolas ou assentamentos): R\$ 10.695,00 por equipe/mês</p> <p>ESF modalidade 2 (todas as equipes que não se enquadraram no critério da mod 1): R\$ 7.130,00 por equipe/mês</p> <p>Incentivo implantação: R\$20.000,00 por equipe implantada (ESF mod 1 e 2)</p> <p>Valor do incentivo financeiro destinado ao custeio das ESF com profissionais médicos integrantes Aos programas PRO/VAB e Mais Médicos - R\$ 4.000,00 por equipe/mês (Portaria nº 1.834, de 27 de agosto de 2013)</p>	<p>Valores incentivo ESF conforme carga horária do médico (Portaria nº 2488, de 21.10.2011):</p> <p>ESF (1 médico 40 h/semanais): incentivo total 1 equipe</p> <p>ESF Tipo I (2 médicos 30h/semanais): incentivo total 1 equipe</p> <p>ESF Tipo II (3 médicos 30 h/semanais): incentivo total 2 equipes</p> <p>ESF Tipo III (4 médicos 30h/semanais): incentivo total 3 equipes</p> <p>ESF Tipo IV (2 médicos de 20h/semanais): 85% do incentivo de 1 equipe</p>	<p>Incentivo implantação:</p> <p>ESB mod 1 e 2: R\$7.000,00.</p> <p>A cada equipe implantada o município receberá do MS os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou o repasse de recursos necessários para adquiri-los.</p> <p>UOM: incentivo implantação R\$ 3.500,00.</p>
Incentivo Saúde da Família (ESF)	<p>ESB modalidade 1 (01 dentista + 01 ASB ou 01 dentista + 01 TSB): R\$ 2.230,00 por equipe/mês (se vinculada à ESF mod 1: R\$ 3.345,00/mês)</p> <p>ESB modalidade 2 (01 dentista + 02 TSB ou 01 dentista + 01 ASB + 01 TSB): R\$ 2.980,00 por equipe/mês (se vinculada à ESF mod 1: R\$ 4.470,00/mês)</p> <p>Unidade Odontológica Móvel custeio mensal de R\$ 4.680,00</p> <p>Conforme a Portaria Nº 3.012, de 26 de dezembro de 2012, os profissionais das modalidades 1 ou 2 podem desenvolver parte de suas atividades em Unidade Odontológica Móvel (UOM).</p>		
Incentivo Agentes Comunitários de Saúde (EACS)	<p>Repasse de R\$ 1.014,00 por ACS/mês sendo 95% desse valor referente a Assistência Financeira Complementar e 5% provenientes do incentivo financeiro para fortalecimento de políticas afetas à atuação dos ACS - No último trimestre de cada ano será repassada uma parcela extra, calculada com base no número de ACS cadastrados no Cnes multiplicado pelo valor do incentivo. (Lei nº 12.994, de 17 de Junho de 2014 e Decreto nº 8.474, de 22 de Junho de 2015).</p>		
Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	<p>NASF 1 (referência para de 5 a 9 equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais): R\$ 20.000,00/mês por equipe</p> <p>NASF 2 (referência para de 3 a 4 equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais): R\$ 12.000,00/mês por equipe</p> <p>NASF 3 (referência para de 1 a 2 equipes Saúde da Família 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 das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada): R\$ 8.000,00/mês por equipe</p>		<p>Incentivo implantação: uma parcela extra de igual valor ao custeio mensal NASF 1 ou 2 ou 3.</p> <p>Portaria GM/MS Nº 548 de 04 de abril de 2013.</p>
Programa Saúde na Escola (PSE)	<p>Aguardando nova publicação do Ministério da Saúde e Ministério da Educação para definição de critérios de adesão e financiamento.</p>		
Equipes do Consultório na rua (EOR)	<p>Modalidade I (04 profissionais, sendo 02 de nível superior e 02 de nível médio) R\$ 19.900,00/mensais por equipe</p> <p>Modalidade II (06 profissionais, sendo 03 de nível superior e 03 de nível médio) R\$ 27.300,00/mensais por equipe</p> <p>Modalidade III (equipe da Modalidade II acrescida do profissional médico) R\$ 35.200,00/mensais por equipe</p> <p>Portaria nº 1238 de 06.06.2014</p>		
Incentivo Financeiro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ – AB)	<p>No 3º Ciclo do PMAQ foi ampliado o número de faixas para a certificação das equipes de 3 para 5 faixas de desempenhos (ótimo, muito bom, bom, regular e ruim) e as equipes receberão valores diferenciado de acordo com o desempenho obtido. Após a classificação das equipes será definido um fator de desempenho que distribuirá o orçamento destinado ao pagamento da certificação (valor ainda não definido).</p>		
Academia da Saúde	<p>Valor mensal de R\$3.000,00 por polo de academia da saúde. Portaria nº 1.707, de 23 de Setembro de 2016</p>		<p>Incentivo de implantação:</p> <p>Modalidade Básica: R\$ 90.000,00</p> <p>Modalidade Intermediária: R\$ 100.000,00</p> <p>Modalidade Ampliada: R\$ 180.000,00</p>
Incentivo Estadual à Saúde da Família	<p>R\$1.500,00 por equipe/mês Portaria Estadual nº 276, de fevereiro de 2012</p>		

SECRETARIA DA
SAÚDE

BAHIA
GOVERNO DO ESTADO



Diretoria de Atenção Básica da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Centro Administrativo da Bahia - CAB - 4º Avenida - 2º andar - sala 222 - CEP: 41.745-900 - Salvador-BA

Tel: (71) 31154375 - E-mail: saude.dab@saude.ba.gov.br - Portal: <http://www.saude.ba.gov.br/dab>

Twitter: http://twitter.com/dab_sesab - Facebook: <http://www.facebook.com/dab.sesab>