

SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL
RESOLUÇÃO CIB Nº 49/2008

Aprova o fluxo de credenciamento de
ESF, ESB, ACS e NASF.

A Plenária da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia, no uso de suas atribuições e considerando:

1. As Portarias do Ministério da Saúde nº 648 de 28 de março de 2006, e nº 154, de 24 de janeiro de 2008;
2. A ausência de fluxos no estado da Bahia para credenciamento de ACS, NASF, mudança de modalidade de ESB;

RESOLVE

I - Para credenciamento de ESF, ACS, ESB modalidade I e modalidade II, Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF, ou mudança de modalidade de ESB, os municípios devem seguir Instrução Normativa Estadual apresentada no Anexo 1 desta Resolução.

II - A presente resolução entrará em vigor na data de sua publicação.

Salvador, 06 de Março de 2008.

Jorge José Santos Pereira Solla
Secretário Estadual da Saúde
Coordenador da CIB/BA

Suzana Cristina Silva Ribeiro
Presidente do COSEMS/BA
Coordenadora Adjunta da CIB/BA

ANEXO 1

Instrução Normativa Estadual para credenciamento de ESF, ESB, NASF e ACS

Esta Instrução Normativa disciplina o processo de credenciamento das Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal, Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde e alteração de modalidade das Equipes de saúde bucal.

1º. O município deverá solicitar apoio à Diretoria Regional de Saúde – DIRES para obter orientações necessárias para estruturação e elaboração do projeto de credenciamento das Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal, Agentes Comunitários de Saúde e Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

2º. O município, após receber orientação da DIRES, elaborará projeto de credenciamento das Equipes de Saúde da Família - ESF e Saúde Bucal - ESB no município, conforme modelo do Anexo A, projeto de credenciamento de Agentes Comunitários de Saúde - ACS, conforme modelo do Anexo B, projeto de credenciamento de Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF, conforme modelo anexo C, e/ou alteração de modalidade da ESB, conforme modelo do Anexo D.

3º Deverá ser preenchida um projeto de credenciamento por Equipe de Saúde da Família, Equipe de Saúde Bucal ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Para credenciamento de ACS deve-se apresentar um único projeto para o total de ACS. Deve-se apresentar um projeto para alteração de modalidade por Equipe de saúde bucal;

4º. De posse do projeto, o município a submeterá ao Conselho Municipal de Saúde - CMS para avaliação e aprovação.

5º. Após aprovação do projeto pelo Conselho Municipal de Saúde - CMS, o município enviará toda a documentação (Projeto e cópia da ata do Conselho Municipal de Saúde) à Diretoria Regional de Saúde - DIRES de vinculação administrativa para análise e emissão de parecer.

6º. Uma vez avaliado o processo e emitido, pela DIRES, parecer **favorável**; esta encaminhará a documentação acima citada para o Colegiado de Gestão Microrregional, a fim de ser apreciado nesta instância. Nos casos em que o Colegiado de Gestão Microrregional não esteja em funcionamento regular o projeto deverá ser encaminhado para Diretoria da Atenção Básica (DAB) para que esta encaminhe para a CIB Estadual;

7º. Sendo o parecer da Diretoria Regional de Saúde – Dires, **desfavorável**, o projeto deverá retornar ao município para as adequações requeridas.

8º. A etapa de apreciação estadual deverá ser concluída no prazo de 30 dias sendo que a Dires deverá emitir o parecer sobre o projeto do município no período de 15 dias a contar do seu recebimento. Não havendo cumprimento do prazo pelo nível regional, o município poderá encaminhar o projeto para apreciação do nível central (Diretoria da Atenção Básica).

9º. O projeto não sendo aprovado pelo Colegiado de Gestão Microrregional ou Comissão Intergestores Bipartite - CIB, será encaminhado ao município, através da Diretoria Regional de Saúde - Dires de vinculação administrativa, para que sejam efetuadas as adequações requeridas.

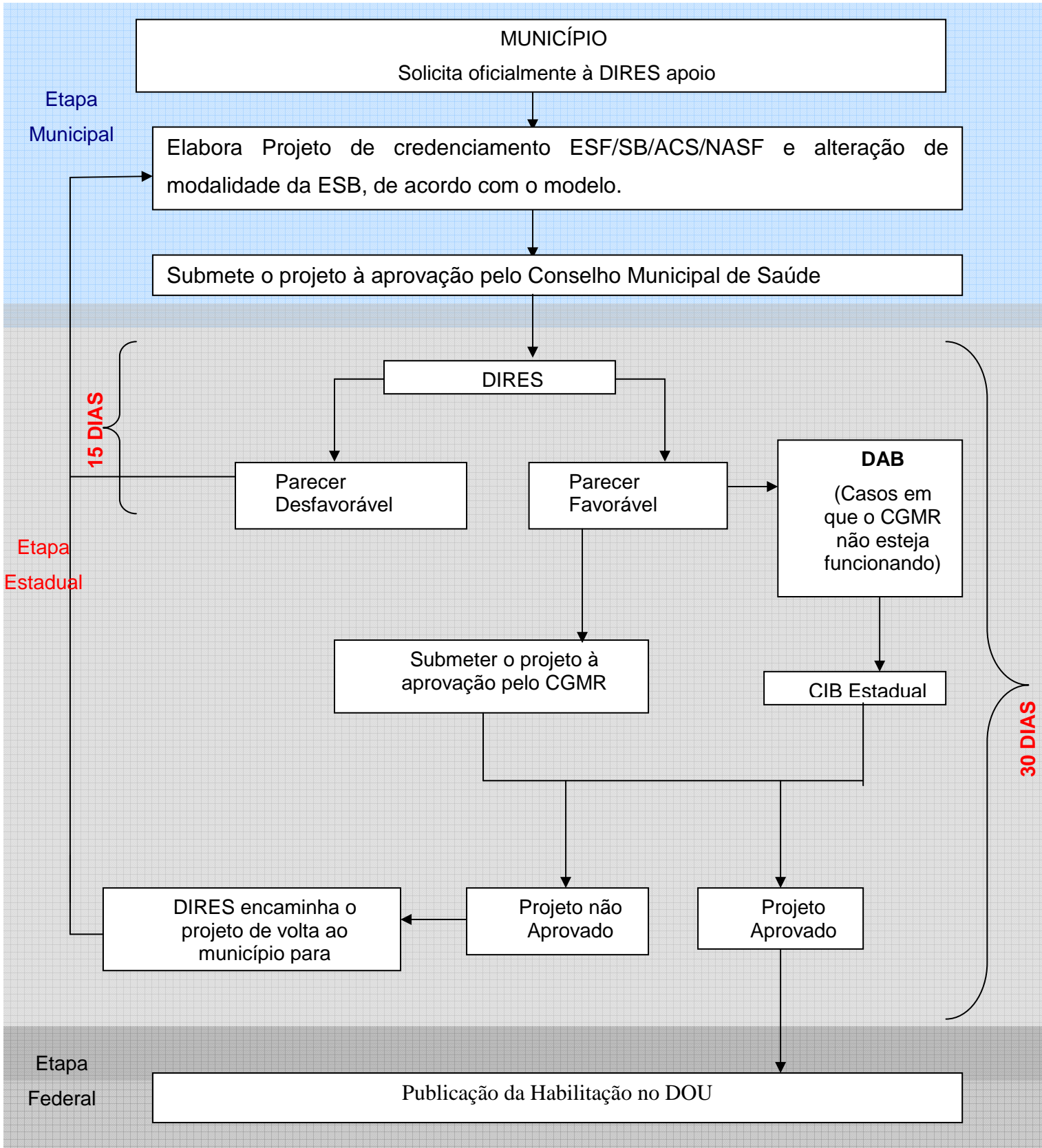
10º Sendo aprovado pelo Colegiado de Gestão Microrregional ou CIB, esta enviará o projeto para o nível federal para a competente publicação da habilitação no Diário Oficial da União – DOU e dará ciência à Diretoria da Atenção Básica da SESAB;

11. As atividades, então iniciadas, serão obrigatoriamente registradas, em caráter imediato, nos Sistemas de Informação em Saúde: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS).

12. O projeto não será aprovado na observância de quaisquer itens abaixo:

- a) Inexistência de Conselho Municipal de Saúde (CMS) ou funcionamento irregular avaliado através da cópia das três últimas atas do CMS.
- b) Falta da cópia da ata do CMS aprovando o projeto de credenciamento;
- c) População da área de abrangência acima do preconizado pela Portaria nº. 648/GM/2006 para ESF/ESB/ACS;
- d) Ausência de estruturação da referência e contra-referência, em conformidade com as responsabilidades definidas pela Portaria nº. 648/GM/2006;
- e) Falta de referência para apoio diagnóstico inclusive radiodiagnóstico odontológico;
- f) Não apresentação de projeto ou preenchimento incompleto do modelo de projeto (anexos A, B, C e D);
- g) Inobservância de critérios epidemiológicos e sócio-demográficos na escolha do local para implantação da(s) ESF e/ou ESB;
- h) Estrutura física da Unidade de Saúde da Família não compatível com o disposto na portaria nº648/2006.
- i) No caso de NASF, também quando não estiver de acordo com o estabelecido na Portaria nº 154/2008 do Ministério da Saúde.

Fluxo de Credenciamento de ESF/ESB/ACS/NASF



Anexo A

Modelo de Projeto para Credenciamento das Equipes de Saúde da Família e Equipes de Saúde Bucal

1. Caracterização Geral

- Equipe a ser credenciada:

() ESF

() ESB modalidade ____ vinculada a uma ESF.

() ESB modalidade ____ vinculada a duas ESF.

Nº CNES: _____

Quadro 01: Caracterização territorial e demográfica da ESF/ESB.

Nome e/ou nº. da ESF/ESB	Nome e/ou Nº da área de abrangência da ESF/ESB	Microáreas que compõem a área de abrangência da ESF/ESB	População Estimada por Microárea (nº de pessoas)	População total coberta pela ESF/ESB (nº de pessoas)

Observação: Descrever na 3ª. coluna todas as microáreas de abrangência da ESF/ESB.

Quadro 02: Caracterização da população a ser coberta pelas ações da ESF/ESB.

A ESF/ESB atenderá: () População Geral - () População remanescente de quilombos – Nº de pessoas: _____ () População residente em assentamentos – Nº de pessoas: _____ () População residente em acampamentos – Nº de pessoas: _____ * Pode-se marcar mais de uma opção.
--

2. Infra-estrutura

2.1 Estrutura Física

Quadro 03: Tipo de locação da USF/ UBS à qual a equipe está vinculada.

Nome da USF/ UBS	Tipo de Locação ¹

¹Tipo de locação = imóvel próprio, alugado, ou cedido.

Quadro 04 – Estrutura física existente²:

	Consultório médico		Consultório de enfermagem
	Consultório odontológico		Recepção/ (SAME)
	Sala de espera		Sala de vacinação
	Sanitário para usuário		Sanitário para profissional de saúde
	Expurgo		Sala de esterilização
	Farmácia		DML
	Sala de procedimentos		Almoxarifado
	Copa		Sala de reunião
	Sala de nebulização		Sanitário adaptado para portadores de necessidades especiais
	Sala de observação		Sala de acolhimento
	Outros (especificar):		

² Preencher com o número de cômodos existentes

Observação : Assegurar o número de cômodos necessários para o adequado funcionamento da unidade.

2.2. Materiais e equipamentos*

*Ver lista de equipamentos recomendados no sítio virtual da DAB (www.saude.ba.gov.br/dab)

3. Recursos humanos

Quadro 06: Formas de seleção e contratação dos profissionais e regime de trabalho.

Profissional	Forma de seleção ¹	Forma de Contratação ²	Regime de Trabalho ³	Carga horária ⁴
Médico				
Enfermeiro				
Auxiliar de enfermagem				
Agente comunitário de saúde				
Dentista				
Auxiliar de Consultório Dentário (ACD)				
Técnico em Higiene Dental (THD)				
Outros profissionais (especificar)				

¹Forma de seleção = concurso, seleção pública, outros;

²Forma de contratação = contrato temporário, efetivo, outros;

³Regime de trabalho = estatutário, celetista, Regime Especial da Administração Pública (REDA), outros;

⁴Carga Horária: 40h para todos os profissionais.

Observação: No momento da contratação dos profissionais da ESF/ ESB o município deve enviar, para as respectivas Diretorias Regionais de Saúde (DIRES), os documentos de identificação dos profissionais (RG, Registro Profissional e Diploma) que comporão a equipe.

4. Monitoramento e Avaliação das ações por parte do Município

Quadro 07: Definição do processo avaliativo através de instrumentos, periodicidade e responsáveis.

Instrumentos de avaliação utilizados	Periodicidade	Responsáveis
Sistemas de Informação em Saúde		
Pacto de Atenção Básica		
Pacto de Gestão		
Relatórios de Supervisão		
Outros (especificar)		

5. Financiamento

Quadro 08: Despesa com a Atenção Básica¹ no município.

Despesa	Com pessoal	Com Material / manutenção	Com Estrutura Física	TOTAL
Atual (média ² dos últimos 6 meses)				
ESF/ESB a ser credenciada (estimativa mensal)				

¹ Despesas com unidades de saúde da família, unidades móveis e unidades básicas de saúde.

² Média = valor calculado através do somatório dos gastos com a atenção básica nos seis últimos meses dividido por seis.

Quadro 09: Receita da Atenção Básica¹ por esfera de governo, no município.

Receita	Recursos Municipais	Recursos estaduais	Incentivo Ministério da Saúde	TOTAL
Atual (média ² dos últimos 6 meses)				
ESF/ESB a ser credenciada (estimativa mensal)				

¹ Receita da atenção básica = recursos recebidos + os próprios do município que foram investidos para unidades de saúde da família, unidades móveis e unidades básicas de saúde.

² Média = valor calculado através do somatório dos recursos recebidos + os próprios do município que foram investidos na atenção básica nos seis últimos meses dividido por seis.

6. Média Complexidade

Quadro 10: Definição das Referências na Média Complexidade no município ou região.

Ações de Referência	Nome e local da Unidade de Referência	Forma Encaminhamento de
Atendimentos especializados		
Atendimentos Especializados Odontológicos		
Atendimentos de urgência		
Atendimento de urgência em odontologia		
Exames de laboratório		
Radiodiagnóstico		
Radiodiagnóstico Odontológico		
Ultra-sonografia		
Reabilitação		
Internação nas Clínicas Básicas		

_____, em ___ de _____ de _____.

Nome do Município e data

Assinatura com carimbo do gestor municipal de saúde

Anexo B
Modelo de Projeto para Credenciamento
de Agentes Comunitários de Saúde

1. Caracterização Geral

- Número de ACS a ser credenciado:

() ACS

Quadro 01: Caracterização territorial e demográfica dos ACS.

n.º de ACS	Microáreas	População Estimada por Microárea (nº de pessoas)	População (nº de pessoas) de

Observação: Descrever na 2ª. coluna todas as microáreas, sendo 1 ACS para cada microárea.

Quadro 02: Caracterização territorial e demográfica da ESF/EACS.

Nome ou n.º da ESF/ EACS*	Quantidade de ACS vinculados à ESF/EACS de referência	Microárea de atuação do ACS a ser credenciado	População Estimada da Microárea (nº de pessoas)	População Total da ESF/ EACS de referência (nº de pessoas)

* EACS – Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde: equipe de ACS não vinculada a uma equipe de saúde da família.

2. Recursos humanos

Quadro 03: Formas de seleção e contratação dos recursos humanos e regime de trabalho, no município.

Profissional	Forma de seleção ¹	Forma de Contratação ²	Regime de Trabalho ³	Carga Horária ⁴
Agente Comunitário de Saúde (ACS)				

¹ Forma de seleção: Seleção pública;

² Forma de contratação: efetivo, outros;

³ Regime de Trabalho: Estatutário, celetista;

⁴ Carga horária: 40h.

_____, em ____ de _____ de _____.

Nome do Município e data.

Assinatura com carimbo do gestor municipal de saúde.

Anexo C
Modelo de Projeto para Credenciamento de
Núcleo de Apoio à Saúde da Família

1. Caracterização Geral

- NASF ser credenciado:

() NASF 1

() NASF 2

Nome ou N° do NASF: _____

N° CNES: _____

Quadro 01: Caracterização territorial e demográfica do NASF

Área geográfica de atuação (município/bairro/comunidade)	Equipes de Saúde da Família vinculadas (município, nomes ou n° das ESF)	População coberta estimada (n° de pessoas)

Observação: Descrever na 1º coluna todas as áreas de abrangência das ESF.

2 – Áreas de Apoio do NASF

Quadro 02: Áreas e Ocupações

Áreas	Ocupações	(Marcar com um X as ocupações presentes no NASF a ser implantado)	Carga horária semanal
Atividade física	Professor de Educação Física		
Alimentação	Nutricionista		
Reabilitação	Fisioterapeuta		

	Fonoaudiólogo		
Serviço Social	Assistente Social		
Saúde Mental	Psicólogo		
	Médico psiquiatra		
	Terapeuta Ocupacional		
Saúde da Mulher	Médico ginecologista		
Saúde da Criança	Médico pediatra		
Homeopatia	Médico homeopata		
Acupuntura	Médico acupunturista		
Assistência Farmacêutica	Farmacêutico		
Outros (especificar):			

Obs.: No mínimo 5 ocupações distintas para NASF 1 e 3 ocupações distintas para NASF 2.

3 - Infra-estrutura

Quadro 03 – Unidade de Saúde existente:

	Consultórios
--	--------------

Observação: Informar a quantidade de consultórios na Unidade de Saúde que sedia/sediará o NASF.

Quadro 04 – Material permanente:

Materiais	Quantidade existente	Quantidade a adquirir

Obs.: Listar os materiais permanentes existentes e necessários, quantificando-os.

4 - Recursos humanos

Quadro 05: Formas de seleção e contratação dos recursos humanos e regime de trabalho.

Ocupação	Forma de seleção ¹	Forma de Contratação ²	Regime de Trabalho ³	Carga Horária ⁴

¹ Forma de seleção = concurso, seleção pública; outros

² Forma de contratação: contrato temporário, efetivo;

³ Regime de trabalho: Estatutário, celetista, Regime Especial da Administração Pública (REDA), outros;

⁴ Carga horária: 40h

5 – Metas

Quadro 06: Metas das Ações em Áreas Estratégicas

Área estratégica	Ações propostas para o NASF	Quantitativo de ações programadas por ano

_____, em ___ de _____ de _____.

Nome do Município e data.

Assinatura com carimbo do gestor municipal de saúde.

Anexo D
Modelo de Projeto para alteração de modalidade da
Equipe de Saúde Bucal

1. Caracterização Geral

- ESB a ser alterada:

() ESB vinculada a **uma** ESF, Modalidade ____ para Modalidade ____.

() ESB vinculada a **duas** ESF, Modalidade ____ para Modalidade ____.

Quadro 01: Caracterização territorial e demográfica da ESF/ESB

Nome e/ou nº. da ESF/ESB	Nome e/ou Nº da área de abrangência da ESF/ESB	Microáreas que compõem a área de abrangência da ESF/ESB	População Estimada por Microárea (nº de pessoas)	População total coberta pela ESF/ESB (nº de pessoas)

Observação: Descrever na 2ª. coluna todas as microáreas de abrangência da ESF/ESB.

2. Infra-estrutura

Quadro 02 – Estrutura física existente:

	Consultório odontológico com 1 equipo odontológico
	Consultório odontológico com 2 equipos odontológicos

Observação: As ESB modalidade II devem ter consultório com espaço físico suficiente para comportar dois equipos odontológicos contíguos, possibilitando ao Cirurgião-Dentista exercer supervisão direta às ações do Técnico de Higiene Dental (THD);

3. Recursos humanos

Quadro 03: Formas de seleção e contratação dos recursos humanos e regime de trabalho.

Profissional	Forma de seleção ¹	Forma de Contratação ²	Regime de Trabalho ³	Carga Horária ⁴
Técnico em Higiene Dental (THD)				

¹Forma de seleção = concurso, seleção pública; outros

² Forma de contratação: contrato temporário, efetivo;

³ Regime de trabalho: Estatutário, celetista, Regime Especial da Administração Pública (REDA), outros;

⁴ Carga horária: 40h

_____, em ___ de _____ de _____.

Nome do Município e data.

Assinatura com carimbo do gestor municipal de saúde.