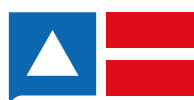


Manual dos novos Gestores

Conhecendo a
Atenção Básica

3ª edição



**GOVERNO
DO ESTADO**

SECRETARIA
DA SAÚDE

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia
Superintendência de Atenção Integral à Saúde
Diretoria de Atenção Básica

MANUAL DOS NOVOS GESTORES

CONHECENDO A ATENÇÃO BÁSICA

3ª edição

Salvador, 2021

2021 - 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.

FICHA TÉCNICA 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 de Atenção Básica

PRODUÇÃO Diretoria de Atenção Básica - DAB

José Cristiano Soster

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

e-mail: sesab.dab@saude.ba.gov.br

Youtube: [TVdabSESAB](https://www.youtube.com/c/TVdabSESAB)

Assessoria DAB

Elisa Maria Ramos Carvalho

Helena Oliveira Salomão

Vânia Gomes Theodoro

e-mail: dab.assessoria@saude.ba.gov.br

Coordenação de Apoio e Desenvolvimento – COAD/DAB

Kally Cristina Soares Silva

Marcus Vinicius Bonfim Prates

Monica Maria Lemos Pereira

e-mail: dab.coad@saude.ba.gov.br

Coordenação de Avaliação e Monitoramento – COAM/DAB

Marcia Ediméia Costa de Matos

Pedro Hernando Pairazamán Díaz

e-mail: dab.coam@saude.ba.gov.br

Coordenação de Gestão e Projetos – COGEP/DAB

Aloisio Guillen Moreira

Ivonete de Santana Queiroz

e-mail: dab.cogep@saude.ba.gov.br

Coordenação do Núcleo Técnico de Telessaúde-BA /DAB

Daiana Cristina Machado Alves

Érica Lima Costa de Menezes

e-mail: gestao.telessaude@saude.ba.gov.br

ORGANIZAÇÃO Sávia Souza Machado

REVISÃO TÉCNICA Sávia Souza Machado
Vânia Gomes Theodoro

COLABORADORES Adeilda Ananias de Lima
Aline Gomes Fernandes Santos
Ana Paula Torres Pinheiro
Anderson Freitas de Santana
Bárbara Rosário dos Santos
Daiana Machado Alves
Diego Rangel dos Anjos Prata
Denise Rodrigues Diniz
Elisa Maria Ramos Carvalho
Erica Limas Costa de Menezes
Françoise Elaine Silva Oliveira
Carla Belo de Matos
Diego Rangel dos Anjos Prata
Gabriela Pereira Santos
Helen Ingrid Vieira Barreto
Julie Eloy Kruschewsky
Kally Silva Soares
Marcelo Rios Lopes
Marcus Vinicius Bonfim Prates
Maria Gabriela de Almeida Dantas
Maria Cristina Santos Santana
Marina Souza Vieira
Nilma Lima dos Santos
Patrícia Carvalho Andrade
Rosana Maria Rehem da Silva Fialho
Samanta Habib
Sávia Souza Machado
Simone Janete Oliveira Barbosa
Tércio Santana de Farias
Vânia Gomes Theodoro

**EQUIPE TÉCNICA DA DIRETORIA DE
ATENÇÃO BÁSICA**

Adeilda Ananias de Lima
Adrielly Costa Freire de Carvalho
Agda Maria de Castro S. Lacerda
Alessandra Vasconcelos dos S. Cerqueira
Aline Gomes Fernandes Santos
Ana Paula Torres Pinheiro
Anderson Freitas de Santana
Anny Everson Belas Hayvanon
Bárbara Conceição Vilas Boas Marques Brito
Carla Belo de Matos
Cintia Santos Conceição
Denise Rodrigues Diniz
Diego Emanuel Lisboa da Silva
Diego Rangel dos Anjos Prata
Eliane Maria de Souza
Elis Carla Costa Matos Silva
Fábio Brito dos Reis
Françoise Elaine Silva Oliveira
Gabriela Pereira Santos
Gladys Reis de Oliveira
Helen Ingrid Vieira Barreto
Iêda Zilmara de Queiroz Jorge da Silva
Isabella Oliveira Cordeiro Andrade
Janaína Cardoso Rodrigues
Jandira Lopes Cruz
Juliana Lamounier Elias
Karena Maria Cruz Dultra
Karina de Sá Adami Gonçalves Brandão
Karina Rodrigues Lelis
Kassia Jeane Félix dos Santos Vieira
Ludmilla Monfort Oliveira Sousa
Luisa Gervalina Larchert Carvalho Dias
Lyz dos Santos Vianna
Manuela Oliveira da Silva Paz
Marcelo Rios Lopes
Maria Cristina Santos Santana
Maria Gabriele de Almeida Dantas
Mariana de Azevedo Pinto
Mariângela Costa Vieira
Marina Souza Vieira
Naiara Freitas Carvalho de Andrade
Nilma Lima dos Santos
Patrícia Carvalho Andrade
Pedro Hernando Paerazaman Diaz
Rivany Ribeiro da Silva Lima

Rosana Maria Rehem da Silva Fialho
Rosivan Barbosa de Matos
Samantha Habib Miguel B. Ferreira
Sávia Souza Machado
Sílvia Pereira Aleluia
Simone Janete Oliveira Barbosa
Tereza Cristina Guimarães Lima Cruz
Thiago Gonçalves do Nascimento Piropo
Ticiane dos Santos Ferreira
Vanessa Santos Estrela
Xênia Paula Correia Reis
Yolanda Silva de Oliveira

**EQUIPE DE
APOIO ADMINISTRATIVO**

Daiane Fernandes Sena
Iramaia Cerqueira de Andrade
Karina Amorim Brandão
Lindinalva Soares Silva
Luciene Araújo de Oliveira
Maria José Santana
Paulo Roberto de Santana
Valéria Aguiar Matos

**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, e-mail: www.saude.ba.gov.br/dab

TIRAGEM:

Material disponível por meio eletrônico no site
www.saude.ba.gov.br/dab
3ª edição – 2020 – Versão eletrônica

FICHA CATALOGRÁFICA

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Atenção Integral à Saúde. Diretoria de Atenção Básica. **Manual para novos gestores: conhecendo a Atenção Básica. Salvador/Bahia, 2020. 147p.** Distribuição eletrônica

1. Sistema Único de Saúde. 2. Gestor de saúde. 3. Atenção Básica. 4. Programas de saúde.

APRESENTAÇÃO

Sejam bem-vindos novos Gestores!

Esta é a 3ª edição do nosso “**Manual dos Novos Gestores: Conhecendo a Atenção Básica**”, que vem sendo produzido pela Diretoria de Atenção Básica (DAB) da Superintendência de Atenção Integral à Saúde (SAIS) da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) para acolher e apoiar vocês, gestores, que iniciam o trabalho em 2021. Os grandes objetivos deste diálogo são ampliar o acesso e qualificar a Atenção Básica (AB) por meio de informações importantes para sua organização no Estado da Bahia.

As informações reunidas no presente documento abordam a organização geral do Sistema Único de Saúde-SUS e os principais temas relacionados à conformação da AB enquanto campo estratégico do sistema. Importante destacarmos que você, gestor municipal, tem como responsabilidade, entre outras, organizar e manter com qualidade os serviços de AB. Para tanto, pode contar com as ofertas da Diretoria de Atenção Básica que estão direcionadas para os gestores, trabalhadores da saúde e usuários, e são desenvolvidas por meio das ações de apoio institucional e serviços do Telessaúde.

O Manual auxiliará você, gestor, na compreensão da organização da AB e também das nossas ofertas. Deste modo, renovamos o nosso compromisso de apoio para que, juntos, possamos avançar na garantia do acesso à saúde com qualidade, fortalecendo o Sistema Único de Saúde.

José Cristiano Soster
Diretor da Atenção Básica

SUMÁRIO

Apresentação	9
Introdução	13
Entendendo o Sistema Único de Saúde - SUS	15
Instâncias de Decisão do SUS.....	18
Planejamento em Saúde.....	20
Instrumentos de Gestão do SUS.....	22
Conhecendo a Atenção Básica.....	28
A Diretoria de Atenção Básica.....	29
COAD - Coordenação de Apoio e Desenvolvimento.....	30
Telessaúde Bahia	35
COAM - Coordenação de Avaliação e Monitoramento.....	45
COGEP - Coordenação de Gestão e Projetos.....	48
Núcleos Regionais de Saúde (NRS).....	49
Responsabilidades da coordenação municipal e da Atenção Básica	54
Financiamento da Atenção Básica	59
Programa Previne Brasil	62
Saúde da Família como Estratégia para Organização da Atenção Básica	71
Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE)	76
Saúde Bucal na Atenção Básica.....	81
Equipe Multiprofissional e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família	87
Saúde na Hora	91
Consultório na Rua	94
Credenciamento de Equipes da Atenção Básica	97
Suspensão de recursos.....	100
Programa Saúde na Escola e Atenção Básica	105
Programa Academia da Saúde	108
Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde	111
Sistema de Informação para a Atenção Básica (SISAB) E-SUS ..	112
Informatiza Aps	114
SCNES – Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos De Saúde	116
Práticas Integrativas e Complementares (PICS)	121
Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.....	124

Programa Bolsa Família e Atenção Básica	126
Programa de Provisão de Médicos para a Atenção Básica	130
Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde para a Atenção Básica	135
Acolhimento Pedagógico	138
Sala de Pé Diabético.....	140
Segurança do Paciente na Atenção Básica.....	142
Organizando a Atenção para Enfrentamento da Pandemia de Covid-19.....	145
Ficha B-Síndrome Gripal.....	146

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 (CAMPOS *et al*, 2014). 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 às 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 2020¹, houve um crescimento na cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e de Saúde Bucal (SB) no Estado da Bahia de 44,40% e 68,92%, respectivamente. Assim, a Bahia foi o Estado da região Nordeste que mais ampliou a cobertura de Saúde da Família e de Saúde Bucal. Em abril de 2020, já existiam implantadas 3.852 equipes de Saúde da Família e 2.958 equipes de Saúde Bucal, cobrindo respectivamente 77,36% e 61,66% da população. Além disso, até dezembro de 2019, o número total de Núcleos Ampliados de Saúde da Família (NASF) implantados foi de 470, sendo 346 NASF tipo I, 112 NASF Tipo II e 12 NASF tipo III (BRASIL, MS/SAS/DAB, 2020).

Os programas e orientações em vigor no momento objetivavam avançar ainda mais na cobertura e a qualidade da Atenção Básica disponíveis para o usuário baiano, destacando o gestor municipal como grande protagonista da implantação e implementação das ações.

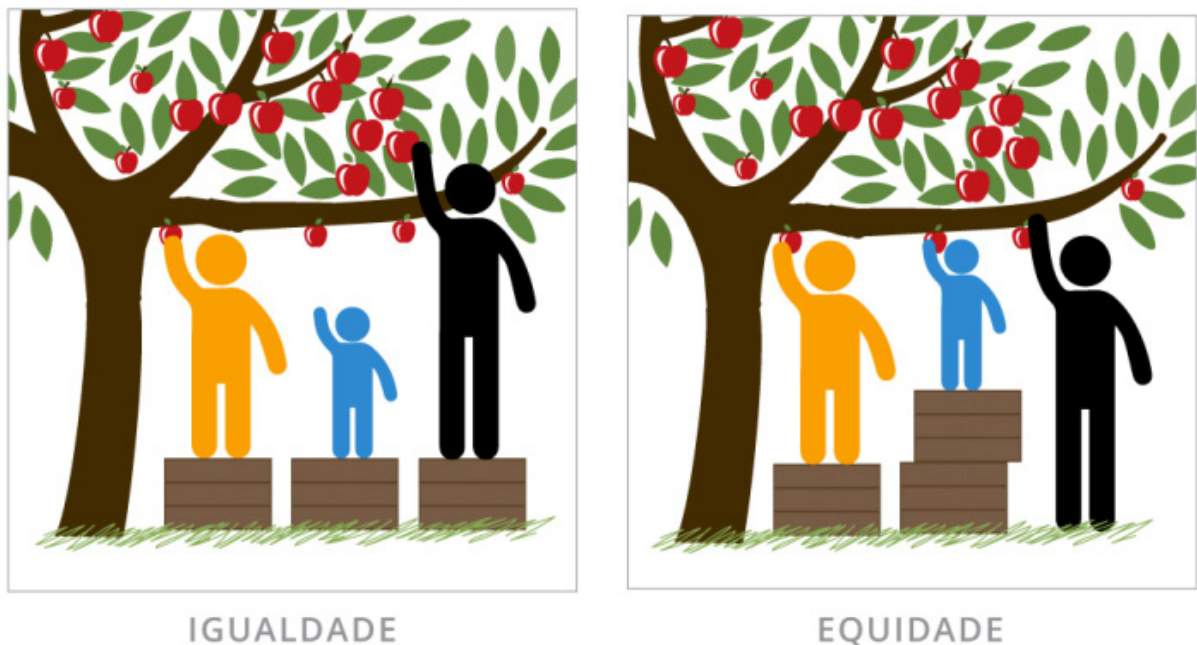
1. Fonte: e-Gestor Atenção Básica/Histórico de Pagamento da Saúde da Família por competência e unidade geográfica. Dados de março de 2020. Dado gerado em: 29 de maio de 2020. Desenvolvido pelo Núcleo de Tecnologia da Informação - NTI/DAB

ENTENDENDO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS



No ano de 2020, o SUS completou 31 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.

Você conhece o conceito de equidade?



Fonte: [Jornal Saúde Global / Global Health Journal](#)

Figura 1 – Desenho para comparação entre igualdade e equidade.

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 esclarecem os princípios e diretrizes a serem seguidos:

1. Universalidade: significa que todo indivíduo em qualquer parte do território nacional, independentemente 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: biológica, cultural, psicológica, social, 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 Conselho de Saúde, como também a realização de Conferências de Saúde. Estas São instâncias de participação da comunidade, obrigatórias para a continuidade do repasse financeiro.



Fonte: <http://sus.bvs.br/>

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 municí-

Figura 2 – Princípios do SUS.

palização, 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 o cumprimento dos princípios e das diretrizes do SUS em territórios regionais.

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, que versa sobre sua organização, composição e competências. Os conselhos 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.

IMPORTANTE

Todo Município deve estabelecer o seu Conselho Municipal levando em conta sua organização, composição, competências e responsabilidades, sendo este um instrumento importante de controle social no SUS.

E onde encontro Apoio?

Conselho Estadual de Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

por meio dos seguintes contatos:

Telefone: 3115 -9694 / 9682

Email: gasec.ces@saude.ba.gov.br

Você poderá também contar com a nossa equipe de Apoio Institucional para fortalecimento do controle social no seu município, bem como acessar os serviços de Teleconsultoria para esclarecimentos de dúvidas. Ainda poderá contar com apoio do Núcleo ou Base Saúde, que são organismos da SESAB na sua Região.



Acesse a nossa equipe e as regionais de saúde para apoio na construção e condução deste processo tão importante para a consolidação do SUS. Os contatos estão disponíveis nas páginas seguintes deste Manual, no capítulo Diretoria de Atenção Básica e no capítulo Núcleos Regionais de Saúde.

Comissão 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 apresentam caráter consultivo para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A CIR representa um importante espaço da gestão do SUS, no qual ocorre negociação, pactuação, planejamento e avaliação da implementação de ações na Região de Saúde. Você poderá também contar com a equipe de Apoio Institucional do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS-Ba).

Comissão Intergestores Bipartite Bahia – 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 estaduais 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.



Figura 3 – Reunião da Comissão Intergestores Bipartite Bahia – CIB

PLANEJAMENTO EM SAÚDE

Caro gestor, primar por ações de planejamento no nível local é medida fundamental para trazer racionalidade às ações desenvolvidas, sejam elas na medida de conferir maior clareza aos objetivos que se tem, assim como para cumprir com princípios como resolatividade, economicidade e garantia de ampliação da qualidade das ações a serem entregues à população.

Segundo Vilasboas (2004, p. 68), planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana; é ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação (apud TEIXEIRA, 2010, p. 17).

Ao iniciar o seu quadriênio de gestão no município, um dos movimentos primordiais é a realização de uma Análise de Situação de Saúde do território, com a participação de diversos atores (profissionais de saúde, gestores, comunidade). Com a Análise, você conseguirá assegurar-se de quais são os principais problemas existentes no território no momento em que se assumiu a gestão municipal; a clareza de quais são os principais problemas de saúde é imprescindível.

Nesse sentido, faz-se metodologicamente uma distinção entre problemas do estado e problemas dos serviços de saúde, sendo problemas do estado de saúde, por exemplo, o elevado número de casos de hipertensão, de diabetes, de sífilis, etc.; e do sistema de saúde, a dificuldade de acesso às ações de média e alta complexidade, a falta de medicamentos na atenção básica, etc. Considerando um planejamento orientado por problemas, o que direciona para maior atenção das ações a serem desenvolvidas no território? De modo a se conferir impacto junto à situação de vida e saúde da população, esse precisa ser um norteador das mesmas.

A elaboração dos diversos instrumentos de gestão destacados deve ser feita a partir da definição dos problemas prioritários para enfrentamento. Os principais instrumentos de gestão são: Plano Plurianual (PPA); Programação Orçamentária Anual (POA); Lei Orçamentária Anual (LOA); Plano Municipal de Saúde (PMS); Programação Anual de Saúde (PAS) e Relatório Anual de Gestão (RAG).

Cumpre- nos destacar a necessidade e importância de que esses instrumentos dialoguem entre si. Assim sendo, as ações inscritas

Planejar consiste em desenhar, executar e acompanhar um conjunto de propostas de ação com vistas à intervenção sobre um determinado recorte da realidade. O planejamento pode ser visto como um instrumento de racionalização da ação humana; é ação realizada por atores sociais, orientada por um propósito relacionado com a manutenção ou modificação de uma determinada situação (VILAS BOAS (2004) apud TEIXEIRA (2010))

no PPA precisam desdobrar-se no que se planeja no PMS e guardar correlação com os Relatórios Anuais de Gestão e assim por diante. Do contrário, o objetivo então seria de planejar apenas para escrever uma carta de intenções? Não; é salutar a construção de um processo de planejamento vivo, dinâmico, condizente com as necessidades e problemas apresentados pela população de modo à promoção de melhoria sobre a saúde, enquanto expressão de qualidade de vida.

Referências:

TEIXEIRA, C. F. (org). Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA. 2010. 161p.

VILASBÔAS, A. L. Q. **Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ/EPJV/PROFORMAR. 2004. 68p.

INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS

Primeiramente fazemos, a cada gestor, um convite a refletir e destacar: *quais são os principais problemas de saúde de sua população?*

A partir disso, reflita: *quais são os principais problemas do Estado de Saúde vivenciados no município?* (Exemplos: elevado número de pessoas com hipertensão arterial; elevado número de mulheres com câncer de colo uterino e outros existentes no território local) e *quais os principais problemas do Sistema de Saúde?* (Exemplos: dificuldade de acesso ao preventivo de câncer de colo de útero nas equipes de Saúde da Família; baixa cobertura vacinal no município e outros existentes no território local).

Considerando o cenário construído a partir de uma Análise de Situação de Saúde no território, deve-se estruturar os instrumentos de gestão, que estão descritos com mais detalhes a seguir:

Plano Plurianual (PPA)

É instrumento de planejamento técnico e político, elaborado pelo poder executivo, que contém as Diretrizes, Objetivos dos diversos setores de atuação, como Saúde, Educação e Segurança Pública, sobre as quais a administração pública deverá atuar em um horizonte de quatro anos.

Expresso em Programas, o PPA sintetiza as estratégias de médio prazo, guardando, desse modo, a função de manter uma relação intrínseca entre as diversas outras peças de planejamento governamental, como as Leis de Orçamento Anuais, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Planos de Saúde. A partir do PPA, irão se desdobrar outros instrumentos de planejamento, de caráter operacional. É de fundamental importância que os técnicos das diversas áreas de atuação do governo participem do seu processo de elaboração, uma vez que nele estão expressas as diversas políticas públicas que serão desenvolvidas.

Plano Municipal de Saúde (PMS)

É o instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as ações no âmbito da saúde, consolidando assim, as políticas e compromissos que serão executados em um período de quatro anos pela secretaria municipal de saúde.

O PMS orienta a programação das ações e serviços de saúde e subsidia o planejamento orçamentário do município. Assim como o PPA, o PMS é elaborado para um período de 4 anos – do segundo ano do governo recém-eleito ao primeiro ano do próximo governo –, devendo ser apresentado até 15 de abril do primeiro ano de governo.

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. Compreende análise da situação de saúde, diretrizes, objetivos, metas, indicadores de saúde, monitoramento e avaliação.

É de extrema importância que haja compatibilidade entre os objetivos da setorial saúde expressos no PPA e os objetivos que irão compor o PMS pois, embora no PPA estejam demonstrados os objetivos e diretrizes da saúde, é no PMS que haverá o detalhamento e contextualização das ações e serviços de saúde serão desenvolvidos.

Relatório Anual de Gestão (RAG)

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. O RAG deve ainda recomendar reprogramações e revisões dos diferentes tipos, quando necessário.

É o principal instrumento de prestação de contas, muito 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 do recebimento de recursos pelo Município.

SAIBA MAIS

Você sabia que, em 2011, foi disponibilizado o Sistema de Apoio ao Relatório de Gestão (SARGSUS) e que, a partir de 2018, o registro dos dados relativos aos instrumentos de planejamento por parte dos estados, Distrito Federal e municípios passou a ser feito no digiSUS Gestor – Módulo Planejamento (DGMP) (Regulamentado pela Portaria nº 750, de 29 de abril de 2019)?

O DGMP possibilita:

- O registro das Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores do PMS;
- A atualização de metas e registro da previsão orçamentária na PAS;
- A prestação de contas das metas previstas no PAS e no RAG;
- Anexar em campo específico os arquivos do PMS e do PAS, bem como as resoluções do Conselho de Saúde com os pareceres sobre os referidos instrumentos.

Para acesso ao Relatório Anual de Gestão do Estado, use o link:

<http://www.saude.ba.gov.br/sobre-a-sesab/relatorios-anuais-de-gestao-rag/>

Para acesso ao Plano Municipal de Saúde, Programação Anual de Saúde, Relatório Anual de Gestão e Relatórios trimestrais a partir de 2018, acesse o link:

<https://digiSUSgmp.saude.gov.br/>

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

A discussão sobre a organização dos serviços de saúde de forma regionalizada, na perspectiva do cuidado integral à saúde, antecede a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, que surgiu durante o movimento de reforma sanitária brasileira e culminou com a criação da Lei Orgânica da Saúde, mais conhecida como Lei 0.080/90.

No Brasil, apenas em 2010, com a Portaria 4.279, o Ministério da Saúde definiu Rede de Atenção à Saúde como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado e estabeleceu que **a RAS fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção.** (BRASIL, 2017)

Experiências demonstram que a organização da RAS se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica, quando tem a Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede. Isto significa que os profissionais e a gestão da Atenção Básica do município, por estarem próximos às pessoas, são capazes de conhecer as suas necessidades e assim devem programar a demanda por atenção que os demais pontos da rede deverão acolher (ordenação da rede), sendo responsáveis, ainda, por acompanhar a atenção que seu usuário recebe nos outros pontos da rede quando deles necessita (coordenação do cuidado). Assim, a Atenção Básica se configura como ponto focal da efetivação desse cuidado.

A rede de saúde é uma só: compreende todos os serviços disponíveis e seus critérios. Quando nos referimos à rede municipal, estão compreendidos todos os pontos de atenção dentro do território deste município, enquanto que a rede de saúde de uma Região está localizada no território de todos os municípios dessa Região e deve ser gerida solidariamente, com mecanismos regulatórios específicos e pactuados entre seus gestores.

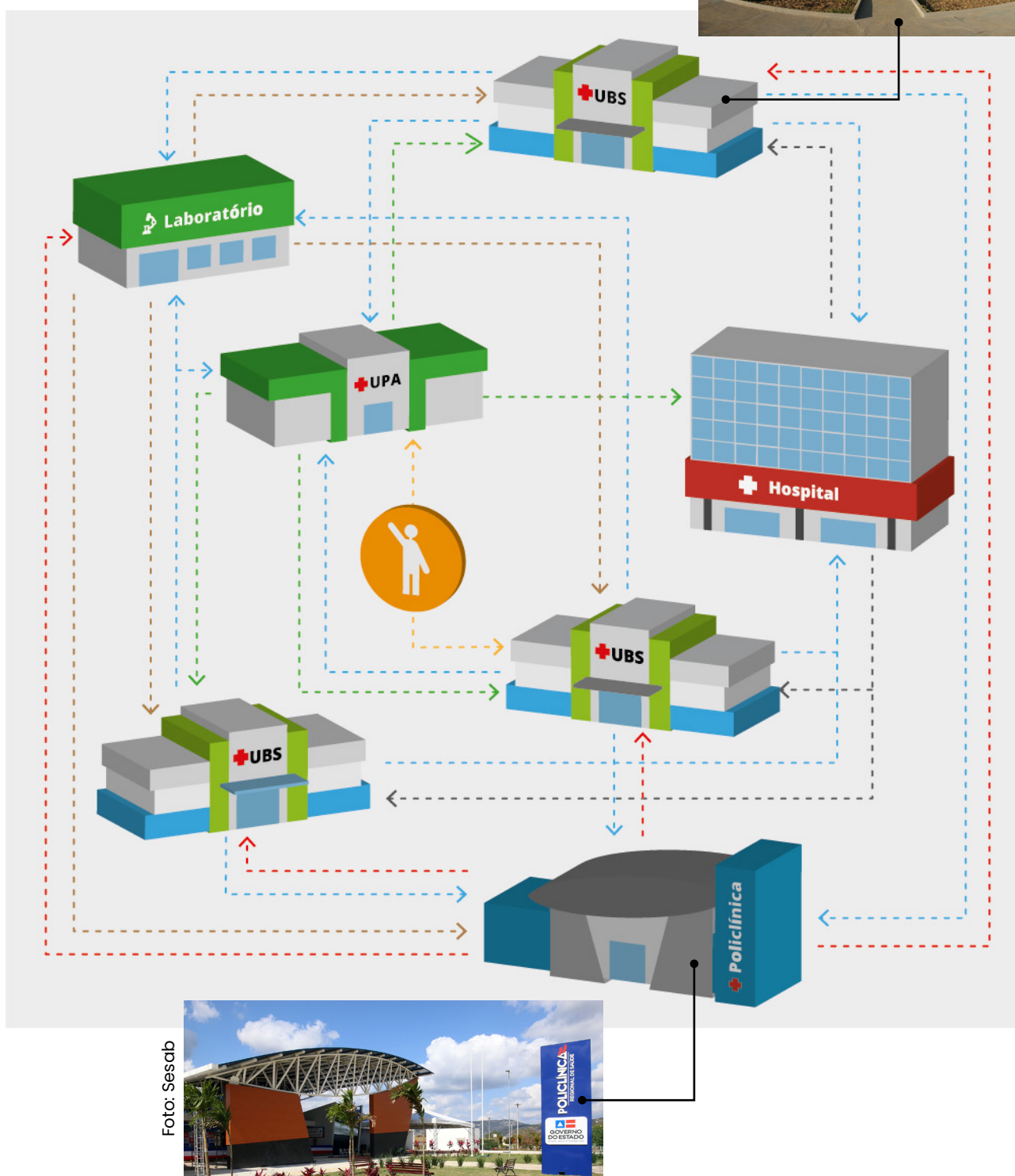
Existe também o conceito de **redes temáticas**, como pode ser compreendido a seguir, observando-se a priorização do Ministério da Saúde para estruturar cinco delas junto aos estados e municípios:

- 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 dos cânceres de mama e de colo do útero);
- Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

Pode-se perceber que todas as redes temáticas estão ou podem estar presentes no município (e na Região), uma vez que a rede municipal (ou regional) compreende pontos de atenção às urgências, ao parto, às condições

Figura 4 – Fluxo em Rede de Atenção à Saúde.



crônicas, etc. (que são os “temas”), que não se constituem em mecanismos à parte, e sim em parte de uma mesma rede que se presume regionalizada, hierarquizada, integrada e integral.

A rede de Atenção à Saúde (RAS) é uma das estratégias para consolidação dos princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS. É importante que o gestor municipal conheça detalhadamente a rede de saúde da sua Região, suas unidades de saúde, serviços e fluxos existentes, para que a atenção integral seja oferecida aos seus munícipes de forma suficiente, na busca de superar fragmentações existentes no Sistema e inadequações de oferta.

PARA SABER MAIS, CONSULTE OS SEGUINTE DOCUMENTOS:

CONASS. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em:

<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação Nº 3**, de 28 de setembro de 2017 – Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html

BRASIL. Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União-Brasília/DF, 2010. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.

Acesso em: 21 jan. 2020

OLIVEIRA, N. R. De C. (Org.). **Redes de atenção à saúde: a atenção à saúde organizada em redes**. São Luís, 2015. Disponível em:

http://repocursos.unasus.ufma.br/rede_atencao/modulo1/und1/media/pdf/livro.pdf

Acesse o documento “Manual de acesso aos serviços de Apoio Diagnóstico e Tratamento das Policlínicas Regionais de Saúde do Estado da Bahia”. Disponível em:

<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/10/Manual-de-acesso-Policl%C3%ADnicas-outubro2017.pdf>

Para outras informações acesse o site da SESAB:

<http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/policlinicasregionais/>

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 sob 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.

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 ambulatorios de especialidades e hospitais poderão cumprir seus verdadeiros papéis, atendendo direcionadamente os usuários que necessitam de aparato tecnológico mais denso para seu cuidado e saber profissional mais específico, o que proporciona maior satisfação dos usuários e utilização mais racional dos recursos existentes.

Fazem parte da Atenção Básica (AB): Equipe de Saúde da Família (eSF); Equipe de Saúde Bucal (eSB); Equipe de Atenção Primária (eAP), Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP)/Equipe Multiprofissional, Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP), Equipe de Consultório na Rua (eCR); Academia da Saúde; Unidade Odontológica Móvel (UOM) e Atenção Primária para Adolescentes em Unidades de cumprimento de medidas Socioeducativas.

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 regionais 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: <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/politica-estadual-de-atencao-basica/>

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) (BAHIA, 2013), aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde, em 08 de novembro de 2012.

A DAB é responsável pelo apoio às gestões municipais e profissionais da AB, de forma presencial e à distância (por meio da utilização das tecnologias da informação e comunicação), na instituição SESAB (central) e nos Núcleos e Bases Regionais de Saúde (NRS/BRS), assim como nos territórios dos municípios e regiões de saúde.

O acompanhamento da AB ofertado aos municípios é realizado pela DAB em parceria com os Núcleos Regionais de Saúde (NRS) e Bases Regionais de Saúde (BRS), por meio do(as):

- A. Apoio Institucional para os municípios, com auxílio no planejamento e organização das ações da AB;
- B. Monitoramento e avaliação da gestão e do cuidado na AB, com ênfase nos indicadores de saúde;
- C. Ações de educação permanente para gestores e profissionais de saúde, de acordo com as características e necessidades específicas dos municípios e regiões;
- D. Apoio ao uso das tecnologias de informação e comunicação, estratégias e serviços de telessaúde, com ênfase na resolubilidade da atenção básica.

COMO POSSO ENTRAR EM CONTATO COM A EQUIPE DIRETIVA DA DAB?

Nossos contatos Gerais:

Diretoria

Email: saude.dab@saude.ba.gov.br

Telefones: (71) 3115-4375 / (71) 3115-9621

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

Facebook: facebook.com/dab.sesab

Youtube: TVdabSESAB

Assessoria DAB

Email: dab.assessoria@saude.ba.gov.br

Telefone: (71) 3115-8411

Equipe administrativa

Email: apoioadm@saude.ba.gov.br

Telefone: (71) 3115- 8353 / (71) 3115-4162 / (71) 3115-4189

COAD - Coordenação de Apoio e Desenvolvimento

A Coordenação de Apoio e Desenvolvimento da Atenção Básica é responsável pelo acompanhamento dos processos de gestão regional e municipal da Atenção Básica, por meio do Apoio Institucional, organizado em 9 (nove) equipes, que estão divididas por Macrorregiões de Saúde, conforme desenho do Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia (PDR).

1. O Apoio institucional

Apoio institucional é um método de se organizar a gestão que é adotado internamente pela Diretoria de Atenção Básica. Enquanto método, tem como diretrizes operantes a democracia institucional e a autonomia dos sujeitos, baseada na relação horizontal entre esses sujeitos.

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 (CAMPOS, 2007). Neste sentido, praticar gestão deste modo significa reformular o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde em relações mais horizontais.

Ainda, o Apoio Institucional reconhece as especificidades locor-regionais 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 Apoiador Institucional auxilia na construção de Espaços Coletivos que permitam a análise, definição de tarefas e elaboração de projetos. 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 e para instaurar processos de mudança em grupos e organizações (CAMPOS, 2007).

Como a DAB apoia?

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 às Equipes multiprofissionais e eNASF-AP 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;
18. Fomento para o fortalecimento do controle social;
19. Auxílio em projetos e estratégias para melhor direcionamento dos recursos da Atenção Básica;
20. Apoio nos projetos do território para qualificação da rede de atenção à saúde;
21. Apoio nas ações intersectoriais desenvolvidas nos territórios.
22. Apoio às gestões municipais na implementação da política nacional e estadual da AB;
23. Apoio direto e sistemático para os coordenadores da Atenção Básica e Secretários de Saúde na condução da política de atenção básica.

Figura 5 – Atividade do apoio institucional em formato de oficina.



POSSO ADOTAR ESSE MÉTODO DE GESTÃO NO MEU MUNICÍPIO?

A DAB estimula o município que faça a adoção do método de Apoio Institucional para gerir a Atenção Básica e assim, qualificar as equipes para o alcance de melhores resultados em saúde. Deste modo é importante destacar que 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 junto a essas equipes.

O tamanho 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 de 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.



Entre em contato com nossa equipe para conhecer mais sobre a proposta de trabalho do AI e como organizar a gestão utilizando a metodologia do AI.

SAIBA MAIS

Para CONHECER mais sobre o tema conheça produções da DAB e outros materiais relacionados
Livro:

Experiências de Apoio Institucional no SUS: da teoria à prática:

<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/experiencias-de-apoio-institucional-no-sus-pdf>

Artigo:

Apoio Institucional na ótica de gestores, apoiadores e trabalhadores: uma aproximação da realidade a partir de diferentes lugares:

<https://scielosp.org/pdf/icse/2018.v22n66/813-825>

COMO FAÇO PARA RECEBER APOIO INSTITUCIONAL DA EQUIPE DA DAB?

Entre em contato com a equipe da sua região de saúde pelo email ou telefone institucional e solicite apoio para as demandas relacionadas com a organização da Atenção Básica no seu município.

Contatos por Macrorregião

Macrorregião Centro-Leste – (71) 3115-9655

e-mail: dab.centroleste@saude.ba.gov.br

Macrorregião Centro-Norte – (71) 3115-9656

e-mail: dab.centronorte@saude.ba.gov.br

Macrorregião Extremo Sul – (71) 3115-9649

e-mail: dab.extremosul@saude.ba.gov.br

Macrorregião Leste – (71) 3115-9646

e-mail: dab.leste@saude.ba.gov.br

Macrorregião Nordeste – (71) 3115-9647

e-mail: dab.nordeste@saude.ba.gov.br

Macrorregião Norte – (71) 3115-9651

e-mail: dab.norte@saude.ba.gov.br

Macrorregião Oeste – (71) 3115-9648

e-mail: dab.oeste@saude.ba.gov.br

Macrorregião Sudoeste – (71) 3115-9652

e-mail: dab.sudoeste@saude.ba.gov.br

Macrorregião Sul – (71) 3115-9653

e-mail: dab.sul@saude.ba.gov.br

Coordenação de Apoio e Desenvolvimento da Atenção Básica – (71) 3115-9645

Email: dab.coad@saude.ba.gov.br

Telessaúde Bahia

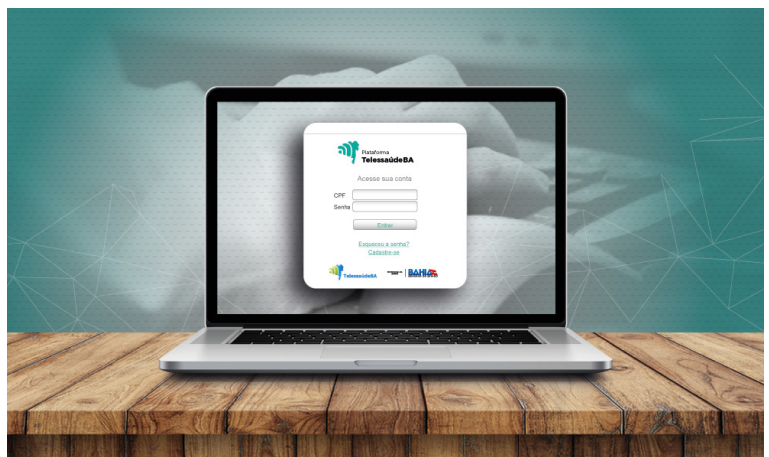
O Telessaúde Brasil Redes é o programa instituído pela Portaria GM/MS nº 2.546 de 27 de outubro de 2011 para promover serviços de Telessaúde no país. No estado da Bahia, as ações de Telessaúde são atualmente desenvolvidas pelo Núcleo Técnico Científico de Telessaúde (TelessaúdeBA) pertencente à Diretoria de Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado (NTC- BA).



Com atividades iniciadas no ano de 2013, o TelessaúdeBA oferece suporte à distância utilizando Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) para os profissionais da atenção básica. Este suporte compreende apoio clínico, apoio diagnóstico, apoio para organização do processo de trabalho e para educação permanente. Os serviços ofertados compreendem Teleconsultoria, Telecompartilhamento da Saúde, Tele-educação, Telediagnóstico e Apoio à implantação do PEC/e-SUS para trabalhadores e gestores da Atenção Básica à Saúde.

1. Teleconsultoria

São consultas feitas por trabalhador e gestor da saúde, registradas por meio de instrumentos de telecomunicação (plataforma virtual), com a finalidade de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde, questões relativas ao processo de trabalho e organização e gestão da Atenção Básica e, ainda, disponibilizar materiais educativos.



As teleconsultorias são solicitadas por meio da Plataforma do Telessaúde Bahia e poderão ser respondidas de forma síncrona e/ou assíncrona. A síncrona acontece em tempo real, por meio de *chat* e de outras ferramentas para interação com voz e/ou vídeo; as assíncronas são respondidas por meio de mensagens *off-line* na plataforma.

Acesse a Plataforma do TelessaúdeBA:

<http://plataformatelessaude.saude.ba.gov.br/>

IMPOTANTE

PARA QUE REALIZAR TELECONSULTORIAS?

- Reduzir a quantidade de deslocamentos desnecessários de pacientes aumentando a acessibilidade local aos serviços de saúde, sobretudo os de prevenção de doenças.
- Aumentar a resolubilidade da Atenção Básica
- 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 para as equipes;
- Disponibilizar materiais didáticos de apoio;
- Diminuir o custo de saúde através da qualificação profissional local.

Quem pode utilizar?

Todas as categorias profissionais de saúde da Atenção Básica da Bahia: odontologia, enfermagem, medicina, equipe técnica e auxiliar de enfermagem e de saúde bucal, agentes comunitários de saúde, além da equipe gestora da Atenção Básica, profissionais do NASF/equipe multiprofissional, do PSE, da Academia da Saúde e das equipes de Consultório na Rua, desde que previamente cadastrados na plataforma do Telessaúde Bahia.

Por isso, gestor da AB, divulgue e encoraje seus trabalhadores a 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

VOCÊ SABIA?

A Segunda Opinião Formativa (SOF) são respostas sistematizadas, originada das teleconsultorias, elaboradas pelos Núcleos de Telessaúde (NT) com base nas melhores evidências científicas, que abordam temas prioritários para a Atenção Primária à Saúde (APS) e tem como objetivo ampliar a capacidade resolutiva dos profissionais e equipes de saúde. Por serem construídas a partir das perguntas e dúvidas dos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família, possuem um forte potencial de transmissão e produção de conhecimento e apoio às questões do cotidiano da APS.

Acesse o endereço: <https://aps.bvs.br/aps/> e tenha acesso a todas as teleconsultorias do Telessaúde Bahia transformadas em SOF.

2. Programa de Telecompartilhamento da Saúde com a Atenção Básica do Estado da Bahia

Trata-se de uma ação conjunta do NTC com a Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia (FMB/UFBA), com o Centro de Referência Estadual para Assistência ao Diabetes e Endocrinologia (CEDEBA) e com o Centro Estadual de Oncologia (CICAN), sendo, os dois últimos, unidades da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Pode também ser ampliado para outros serviços especializados.

O Programa de Telecompartilhamento é composto por duas ofertas integradas: a Teleconsultoria especializada e a Teleconsultoria com Intenção de encaminhamento. Ambas têm como estratégia ampliar e fortalecer o cuidado ofertado pela Atenção Básica nos municípios.

A **teleconsultoria especializada ou teleinterconsulta** é a troca de informações e opiniões entre profissionais de saúde com o objetivo de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde, questões relativas ao processo de trabalho e para auxílio diagnóstico ou terapêutico, com respostas baseadas em evidências científicas e adequadas às características loco-regionais.

A Teleconsultoria com Intenção de Encaminhamento consiste na discussão de um caso no qual o (a) profissional solicitante da Atenção Básica tem intenção de encaminhar a pessoa assistida em sua unidade de saúde para atendimento em serviço especializado de referência.



O Programa oferta teleconsultoria especializada em diferentes especialidades como: Cardiologia, Endocrinologia, Endocrinologia Pediátrica, Estomatologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Hepatologia, Imunologia, Infectologia, Mastologia, Neurologia, Oncologia, Ortopedia, Pediatria, Proctologia, Psiquiatria, Reumatologia, Urologia.

TeleFMB/UFBA: o serviço é fruto da parceria entre a Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia e o Núcleo de Telessaúde da Bahia, da Diretoria de Atenção Básica, e conta com docentes da Faculdade como teleconsultores. Os docentes teleconsultores são de diferentes especialidades médicas e da Estomatologia.

TeleCEDEBA: O Cedeba mais perto de você! tem como objetivo qualificar e ampliar o acesso ao cuidado das pessoas com diabetes, obesidade, disfunção tireoidiana e outras doenças endocrinológicas no estado da Bahia. As ofertas incluem as seguintes especialidades:

- Diabetes Gestacional e gestantes diabéticas;
- Diabetes mellitus tipo 2 – Hipotireoidismo;
- Diabetes mellitus tipo 1;
- Endocrinologia;
- Endocrinologia Pediátrica;
- Hipertireoidismo e nódulo de tireoide;
- Obesidade;
- Pé diabético.



O Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia (Cedeba) é um Centro de Referência que atua na Atenção Secundária e tem como um dos papéis o matriciamento e suporte especializado à Atenção Primária de Saúde (APS).

Acesse nosso site para mais informações sobre o Projeto TeleCEDEBA: O Cedeba mais perto de você!:

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

TeleCICAN: O Núcleo de Telessaúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), em parceria com o Centro de Oncologia do Estado da Bahia (CICAN) está ofertando o serviço de teleconsultoria especializada com o objetivo de apoiar os profissionais da AB na identificação e referência das pessoas com suspeita, diagnosticados ou em tratamento de câncer no período de enfrentamento da Pandemia da COVID-19.



Acesse nosso site para mais informações sobre o Projeto TELECICAN: <http://telessaude.ba.gov.br/telecican/>

Telerreabilitação pos covid-19 – HeoM: A equipe de especialistas do Hospital Especializado Otávio Mangabeira (HEOM) e o Telessaúde passam a ofertar teleconsultoria especializada em Telerreabilitação para apoiar os profissionais da saúde no cuidado e reabilitação de pacientes após a alta hospitalar por Covid-19.

O serviço possibilita que especialistas em determinadas áreas do HEOM possam discutir um diagnóstico ou um laudo com um profissional de uma área distinta, fornecendo sua opinião sobre o caso em questão. Dessa forma, é possível ter um diagnóstico mais preciso e evitar deslocamentos do paciente às Unidades de Referência.



Acesse nosso site para mais informações sobre o Projeto Telerreabilitação pós covid-19 – HeoM: <http://telessaude.ba.gov.br/telerreabilitacao/>

3. Tele-educação

Utiliza tecnologias de informação e comunicação para atividades educacionais à distância como meio para apoiar a qualificação de trabalhadores da AB, considerando tanto a complexidade quanto as singularidades do trabalho em saúde e alcança trabalhadores em todo o estado.

O Telessaúde consegue aproximar, por meio da **tele-educação**, professores, pesquisadores e profissionais de referência em diversos temas de relevância para atuação na AB, sem custos de deslocamento, o que permite uma maior agilidade para discus-



são de assuntos que fomentam e qualificam o processo de trabalho, além de temas que exigem urgência e divulgação, como no caso de epidemias e campanhas vacinais, e assim alcançar um maior número de pessoas em tempo real.

Entre os produtos da tele-educação estão: a Webpalestra, Webaula, Podcast, Plantão Tira-dúvidas, Cursos de Atualização.



Figura 6 –
Palestrante realizando uma webpalestra.

Acesse todas as produções de Tele-Educação do TelessaúdeBA no nosso canal:

<http://www.youtube.com/user/CanalTelessaudeBA>

4. Telediagnóstico

O serviço de telediagnóstico é definido como serviço autônomo que utiliza as tecnologias da informação e comunicação para apoiar o diagnóstico por meio de distâncias geográficas e temporal. O exame complementar é coletado, preferencialmente, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), e tem seu laudo realizado em centros de referência, sem a necessidade da presença do médico especialista no momento da execução do exame. A oferta do telediagnóstico tem como objetivos principais:

- reduzir custos em saúde;
- evitar longos deslocamentos de pacientes e profissionais;
- promover o acesso remoto a recursos de apoio diagnóstico, considerando as regiões mais distantes e vazios assistenciais no Estado.

Atualmente, o Núcleo oferta o telediagnóstico em eletrocardiograma e em dermatologia.

Teledermatologia: Serviço realizado em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina, através do núcleo de te-



lessaúde. Esse serviço possibilita a elaboração de laudos à distância, por médicos especialistas via sistema *on-line*, que serão enviados ao médico que acompanha o paciente presencialmente. Esse laudo é composto por uma descrição da lesão, a classificação de risco para essa lesão e permitirá a priorização de encaminhamento e de atendimento dos casos mais graves e a indicação de tratamento (conduta clínica) dos casos de menor risco na própria unidade de saúde. Essa estratégia resulta em redução e qualificação das filas de espera menores ao reduzir os encaminhamentos desnecessários. Os laudos são emitidos em até 72 horas, com a possibilidade de priorização de emissão de laudos para pacientes em situação mais urgente.

Foi aprovada a Resolução CIB – Nº 68, de 11 de abril de 2019 regulamenta a oferta de Telediagnóstico em Dermatologia para a Atenção Básica no Estado da Bahia.



Conheça sobre a Oferta de Teledermatologia:

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

Telecardiologia: Serviço realizado em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais, através do núcleo de tele-saúde. Esse serviço de telediagnóstico que disponibiliza laudos de eletrocardiograma *on-line*, para interpretação através Plataforma Nacional de Telediagnóstico (PNTD). O serviço de eletrocardiograma foi implantado pelo Núcleo Técnico Científico de Telessaúde em novembro de 2017 com objetivo de oferecer apoio aos municípios da Bahia, especialmente, àqueles de pequeno porte e que dispõe de menos recursos tecnológicos.

Foi aprovada a Resolução CIB – Nº 37, de 16 de março de 2019, que regulamenta o Programa de Telediagnóstico para Atenção Básica para o Estado da Bahia para a oferta de telediagnóstico em Eletrocardiograma – ECG.



Para saber mais sobre a oferta de Telecardiologia:

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

5. Apoio à Implantação do Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC/e-SUS

Outra oferta disponibilizada pelo Telessaúde é a capacitação para os 417 municípios do Estado da Bahia para uso e implantação do PEC e CDS. Essas capacitações ocorrem de modo virtual, por meio de webconferências, e presencialmente, com deslocamento do técnico para o território.

Durante esses encontros, abordam-se noções de configuração, instalação de equipamentos, instalação do sistema PEC e configuração do sistema para os técnicos referência em informática do município. A capacitação também contempla os profissionais das equipes de saúde e coordenadores da AB, com treinamento sobre a utilização do Prontuário Eletrônico Cidadão (PEC), simulando o funcionamento de uma Unidade Básica de Saúde. Este treinamento aborda todas as fases do atendimento profissional na UBS usando o PEC, a utilização dos relatórios, as fichas CDS (C Dados Simplificados), e a utilização do aplicativo e-SUS AB TERRITÓRIO para os ACS.

Figura 7– Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC/e-SUS



Conheça mais sobre as nossas ofertas e acompanhe e curta o Telessaúde nas redes sociais!

SITE: www.telessaude.ba.gov.br

FACEBOOK: <https://www.facebook.com/telessaudeba>

YOTUBE: <https://www.youtube.com/user/CanalTelessaudeBA>

SAIBA MAIS

TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE (TICS)

Além das ofertas e serviços do Telessaúde, outras estratégias com uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) podem ser utilizadas para qualificação e ampliação do cuidado na Atenção Básica pelas equipes de saúde. Entre elas, estão a teleconsulta, o telemonitoramento e o uso de redes sociais e aplicativos de troca de mensagens e comunicação em áudio e vídeo pela internet, como o whatsapp, para ações de educação em saúde.

A DAB, por meio do Telessaúde, elaborou um Guia Orientador que tem por finalidade apoiar os profissionais da Atenção Básica para o uso adequado da Teleconsulta/Telemonitoramento no contexto de enfrentamento da pandemia pelo coronavírus. Para conhecer, acesse <https://bit.ly/Guiatelemonitoramento>

IMPORTANTE

MONITORIA DE CAMPO DO TELESSAÚDE BAHIA

O Telessaúde possui uma equipe formada por monitoras de campo: profissionais de diferentes categorias da área da saúde que são referências para as distintas regiões do estado e acompanham os indicadores de saúde e de utilização dos serviços do Telessaúde. Esta equipe desenvolve ações singulares para os municípios e apoia gestores e trabalhadores para o uso das TICS e ofertas do serviço.



Entre em contato com a equipe da sua região, acessando os nossos contatos.

VOCÊ SABIA?



Que o TelessaúdeBA disponibiliza uma página com temáticas voltadas para as equipes de Saúde Bucal?

É um ambiente que reúne informações e conhecimentos para a qualificação das equipes de Saúde Bucal: o Tele Saúde Bucal, pensado especificamente para os profissionais da saúde bucal, mas que pode e deve ser acessado por toda a equipe da Atenção Básica. Nesse espaço, apresentamos nossas webpalestras, webaulas, colunas, pergunta da semana (originada das teleconsultorias), podcast e, publicações pertinentes selecionadas para apoiar os profissionais no fazer cotidiano das unidades de saúde.

E, para isso, é importante conhecer, participar e divulgar!!

Disponível em: <http://telessaude.ba.gov.br/tele-saude-bucal/>

COMO POSSO ACESSAR OS SERVIÇOS DO TELESSAÚDE BAHIA?

Entrando na nossa página da internet, você encontrará as informações e formas de acesso às diversas ofertas do Telessaúde-BA.

Link de acesso: <http://telessaude.ba.gov.br/>

Ainda, poderá entrar em contato com a nossa equipe por meio dos seguintes contatos:

Telefones: 3115-9650 / 3115-4151

Contatos por email:

- Equipe Gestora – gestao.telessaude@saude.ba.gov.br
- Equipe Administrativa – telessaude.adm@saude.ba.gov.br
- Equipe de Teleconsultoria – sesab.teleconsultoria@saude.ba.gov.br
- Equipe de Tele-educação – dab.teleducacao@saude.ba.gov.br
- Equipe de Comunicação – comunica.telessaude@saude.ba.gov.br

Equipe Monitoria de Campo

Região Centro Leste

e-mail: centroleste.telessaude@saude.ba.gov.br

Região Centro Norte

e-mail: centronorte.telessaude@saude.ba.gov.br

Região Extremo-Sul

e-mail: extremosul.telessaude@saude.ba.gov.br

Região Leste

e-mail: leste.telessaude@saude.ba.gov.br

Região Nordeste

e-mail: nordeste.telessaude@saude.ba.gov.br

Região Norte

e-mail: norte.telessaude@saude.ba.gov.br

Região Oeste

e-mail: oeste.telessaude@saude.ba.gov.br

Região Sudoeste

e-mail: sudoeste.telessaude@saude.ba.gov.br

Região Sul

e-mail: sul.telessaude@saude.ba.gov.br

COAM - Coordenação de Avaliação e Monitoramento

A Coordenação de Avaliação e Monitoramento da Diretoria de Atenção Básica 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. Juntamente com o Núcleo de Telessaúde Bahia, tem ainda a competência de apoiar os municípios quanto a questões relacionadas ao e-SUS.



1. Avaliação e monitoramento na 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 oferta ferramentas que contribuem com essas práticas nos âmbitos estadual, regional e municipal, a saber:

2. Caderno de avaliação e monitoramento da Atenção Básica (CAMAB)

Ferramenta informatizada que utiliza software (Microsoft Office – Excel 2007®) e tem como finalidades: sistematizar informações sobre os indicadores de saúde que fazem interface com a atenção básica e propor estratégias estaduais para melhoria dos resultados alcançados, fortalecendo o indicador.

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

3. Apresentação - traz o conteúdo geral do caderno;
4. Ações - estabelece as principais ações estratégicas do estado para seu fortalecimento e melhoria dos resultados;
5. Indicador - contém sua descrição detalhada, com método

- de cálculo, tendência e parâmetro;
- 6. Limitações/Observações sobre o indicador;
- 7. Macrorregiões de Saúde;
- 8. Regiões de Saúde;
- 9. 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:

<http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/camab/>

3. 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.

SECRETARIA DA SAÚDE
GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SUS

GeoPortal de Informações em Saúde

Diretoria de Atenção Básica
Superintendência de Atenção Integral à Saúde

Salvador Bahia, quarta-feira, 10 de fevereiro de 2021

[Clique no mapa abaixo para ver os indicadores](#)

Mapas Georeferenciados com Informações em Saúde

[Clique no mapa abaixo para acessar o cadastro remoto](#)

Cadastro Remoto

GeoPortal de Informações em Saúde

O GeoPortal de Informações em Saúde é uma sala de situação virtual com base em software livre que possibilita à sociedade o acompanhamento de indicadores de saúde do estado e dos municípios.

De fácil acesso, é uma ferramenta com elevado potencial de qualificar a integração e o uso da informação em Saúde, os processos de implantação de Linhas de Cuidado, Monitoramento e Avaliação e fortalecimento do controle social.

O fato do GeoPortal utilizar software livre fortalece a política da inclusão digital do acesso a informação e possibilita integração e troca do sistema para outros estados, regiões e municípios.

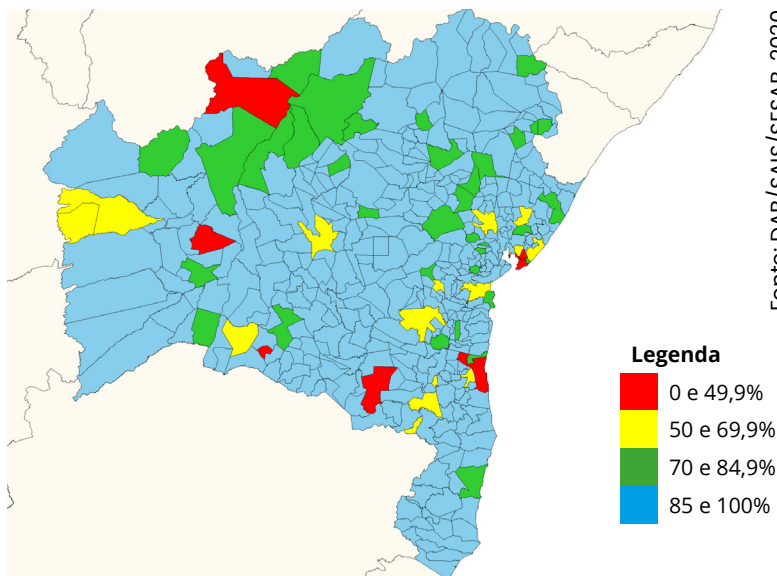
Esta iniciativa reafirma o compromisso da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB com a população baiana na construção de uma nova Bahia, construindo um SUS de Todos Nós, com qualidade, democrático e participativo.

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
DAB
Apore Virtual
PDR-2007
SIS
Fale Conosco

Figura 8 – Página de acesso ao geoportal

Mapa com Indicadores

Neste ambiente, a estrutura é organizada em torno do mapa 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).



Fonte: DAB/SAIS/SESAB, 2020

Para visitá-lo, acesse o endereço:

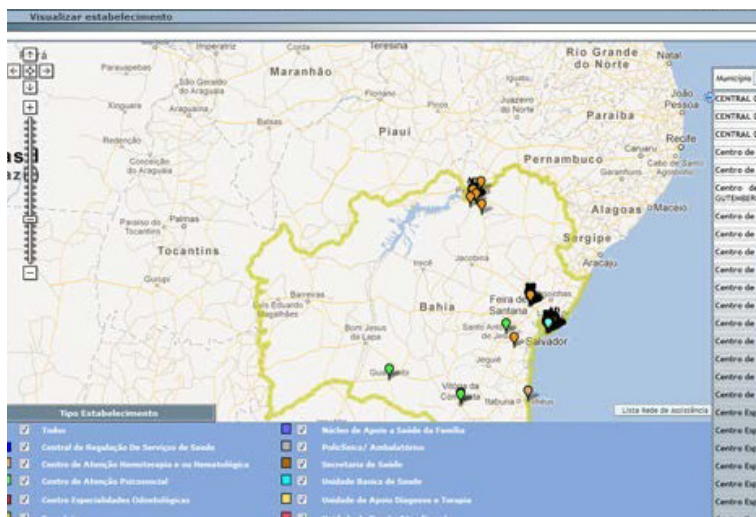
http://geolivre.saude.ba.gov.br/geo_bahia/

Figura 9 – Proporção da cobertura populacional estimada por ESF.

4. 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 visualizar, de maneira rápida e prática, os estabelecimentos de saúde do SUS Bahia, identificando a concentração de serviços e os vazios sanitários.

Para que os estabelecimentos de saúde possam ser visualizados no mapa, é necessário que o município cadastre-os previamente, através das coordenadas geográficas.



Fonte: DAB/SAIS/SESAB, 2020

Figura 10 – Exemplo de visualização de um município no Cadastro remoto

Quer verificar os estabelecimentos de saúde do seu município no Cadastro Remoto? Clique no endereço <http://geolivre.saude.ba.gov.br/cadastrorremoto/logins> e acesse como “visitante”:

5. 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.

6. Oficinas de Avaliação e Monitoramento

São encontros periódicos de educação permanente que tem como objetivos qualificar a alimentação dos sistemas de informação em saúde, auxiliar na análise dos seus relatórios e fomentar a utilização de indicadores nos processos planejamento e monitoramento das ações em saúde.

Como posso acessar a equipe da Coordenação de Avaliação e Monitoramento da DAB?

Email: dab.coam@saude.ba.gov.br

Telefones: (71) 3115-8335 / 8379 / 4353

COGEP - Coordenação de Gestão e Projetos

É responsável por gerenciar os trâmites administrativos e financeiros que viabilizam a execução dos projetos da DAB em consonância com a legislação vigente e diretrizes do SUS. Esta Coordenação apoia também os municípios no acompanhamento do Sistema de Monitoramento de Obras (SISMOB) e na solicitação de crédito retroativo referente a recursos financeiros da Atenção Básica, quando bloqueados pelo Ministério da Saúde.



Como posso acessar a equipe de gestão e projetos da DAB?

Email: dab.cogep@saude.ba.gov.br

Telefones: (71) 3115 4248 / (71) 3115 8339

NÚCLEOS REGIONAIS DE SAÚDE (NRS)

A Lei Estadual nº 13.204, de 11 de dezembro de 2014, criou os Núcleos Regionais de Saúde – NRS, que são organismos da estrutura organizacional da Administração Pública do Poder Executivo Estadual da Bahia.

De acordo com o desenho do atual Plano Diretor de Regionalização do Estado da Bahia (PDR), os 417 municípios baianos estão divididos em nove Macrorregiões de Saúde, que compreendem agregações menores, em 28 Regiões de Saúde (BAHIA, 2007). Cada Macrorregião contém um NRS e algumas Bases Regionais de Saúde (BRS), a depender da quantidade de Regiões que contém. As BRS funcionam como extensões dos NRS, compreendendo a representação do Estado junto aos municípios. Os técnicos dos NRS e BRS são 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.

É importante destacar que o acompanhamento das ações e serviços da Atenção Básica ofertadas aos municípios é realizado pela DAB em parceria com os NRS e BRS.

Figura 11 – Mapa com divisão territorial das Regiões de Saúde, conforme PDR.





Figura 12 – Território da Bahia com a divisão das 09 macrorregiões de Saúde e municípios sede dos NRS.

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”

SAIBA MAIS

Você sabia que os Núcleos Regionais de Saúde/Bases Regionais de Saúde estão situados em seus municípios sede? Trabalhamos de forma articulada com o NRS/BRS e suas equipes, assim sendo, é possível solicitar apoio para as demandas da saúde com as equipes disponíveis em cada Núcleo. Entre em contato com o Núcleo Regional de Saúde da sua região.

COMO POSSO ACESSAR O NRS/BRS ?

MACRORREGIÃO CENTRO-LESTE

Regiões de Saúde: Feira de Santana, Itaberaba, Serrinha e Seabra

NRS Centro-Leste com sede na BRS Feira de Santana:

Telefone: (75) 3626-8397

email: nrscl.atbasica@saude.ba.gov.br

BRS Itaberaba:

Telefone: (75) 3251-1419

email: dires18.cab@saude.ba.gov.br

BRS Serrinha:

Telefone: (75) 3251-1120

BRS Seabra:

Telefone: (75) 3331-1623 / 3331-1650

email: atencaobasica27dires@gmail.com / brsseabra.ab@saude.ba.gov.br

MACRORREGIÃO CENTRO-NORTE

Regiões de Saúde: Jacobina, Irecê

NRS Centro norte com sede na BRS Jacobina:

Telefone: (74) 3621-3277 / 3952 / 3779 e 3622-2020

email: a16dires@gmail.com

BRS Irecê

Telefone: (74) 3641-3011

email: rsirece.atb@gmail.com

MACRORREGIÃO EXTREMO SUL

Regiões de Saúde: Teixeira de Freitas, Eunápolis

NRS Extremo Sul com sede na BRS Teixeira de Freitas:

Telefone: (73) 3292-5733

email: nrs.extremosul@saude.ba.gov.br

BRS Eunápolis:

Telefone: (73) 3281-5174 / 3281-7909

MACRORREGIÃO LESTE

Regiões de Saúde: Salvador, Amargosa, Santo Antônio de Jesus e Cruz das Almas

NRS Leste com sede na BRS Salvador:

Telefone: (71) 3115-8338

email: atencaobasicanrslste@gmail.com / nrsl.adm@saude.ba.gov.br

BRS Santo Antônio de Jesus:

email: atencaobasica4dires@gmail.com / dires.4@saude.ba.gov.br

BRS Cruz das Almas:

e-mail: nrslcruz.atbasica@saude.ba.gov.br

BRS Amargosa:

e-mail: dires29.cab@hotmail.com

MACORRREGIÃO NORDESTE

Regiões de Saúde: Alagoinhas, Cícero Dantas

NRS Nordeste com sede na BRS Alagoinhas

Telefone: (75) 3421-5002

BRS Cícero Dantas

Telefone: (75) 3278-2086

MACRORREGIÃO NORTE

Regiões de Saúde: Juazeiro, Paulo Afonso, Senhor do Bonfim

NRS Norte com sede na BRS Senhor do Bonfim

Telefone: (74) 3451-4196

BRS Paulo Afonso

Telefone: (75) 3281-3345 / 3093

MACRORREGIÃO OESTE

Regiões de Saúde: Barreiras, Ibotirama, Santa Maria da Vitória

NRS Oeste com sede na BRS Barreiras:

Telefone: (77) 3611-4081

email: dires.25@saude.ba.gov.br

BRS Ibotirama

Telefone: (77) 3698-1510

BRS Santa Maria da Vitória

Telefone: (77) 3483-4020 / (71) 3483-1915

MACRORREGIÃO SUDOESTE

Regiões de Saúde: Vitória da Conquista, Guanambi, Boquira, Caetité, Itapetinga, Brumado

NRS Sudoeste com sede na BRS Vitória da Conquista:

Telefone: (77) 3422-3434 / (77) 3421-9693

email: apoio.ab.nrssudoeste@gmail.com

BRS Itapetinga:

Telefone: (77) 3261-3505 / 3462

email: abdires14@hotmail.com

BRS Brumado:

Telefone: (77) 3441-3210

email: atencaobasica19dires@hotmail.com

BRS Boquira:

Telefone: (77) 3645-2166

email: atencaobasica23@hotmail.com

BRS Caitité:

Telefone: (77) 3454-1642

email: apoioabcte@gmail.com**BRS Guanambi:**

Telefone: (77) 3451-6103

MACRORREGIÃO SUL**Regiões de Saúde: Ilhéus, Itabuna, Jequié, Gandu****NRS Sul com sede na BRS Ilhéus:**

Telefone: (73) 3634-3865 / 3634-5677 / 3634-3242

email: gt.saisilheus@saude.ba.gov.br**BRS Gandu:**

Telefone: (73) 3254-1555

email: nrssul.gandu@saude.ba.gov.br**BRS Jequié:**email: atencaobasica13dires@gmail.com**BRS Itabuna:**

Telefone: (73) 3613-3822

email: atencaobasica7@yahoo.com.br

RESPONSABILIDADES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E COORDENAÇÃO MUNICIPAL DA ATENÇÃO BÁSICA

A Secretaria Municipal de Saúde

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, compete às Secretarias Municipais de Saúde para a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Municípios e do Distrito Federal:

- I. organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território, incluindo as unidades próprias e as cedidas pelo estado e pela União;
- II. programar as ações da Atenção Básica a partir de sua base territorial de acordo com as necessidades de saúde identificadas em sua população, utilizando instrumento de programação nacional vigente;
- III. organizar o fluxo de pessoas, inserindo-as em linhas de cuidado, instituindo e garantindo os fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado.
- IV. estabelecer e adotar mecanismos de encaminhamento responsável pelas equipes que atuam na Atenção Básica de acordo com as necessidades de saúde das pessoas, mantendo a vinculação e coordenação do cuidado;
- V. manter atualizado mensalmente o cadastro de equipes, profissionais, carga horária, serviços disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, conforme regulamentação específica;
- VI. organizar os serviços para permitir que a Atenção Básica atue como a porta de entrada preferencial e ordenadora da RAS;
- VII. fomentar a mobilização das equipes e garantir espaços para a participação da comunidade no exercício do controle social;
- VIII. destinar recursos municipais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica;
- IX. ser corresponsável, junto ao Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde, pelo monitoramento da utiliza-

- ção dos recursos da Atenção Básica transferidos aos municípios;
- X. inserir a Estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica;
 - XI. prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;
 - XII. definir estratégias de institucionalização da avaliação da Atenção Básica;
 - XIII. desenvolver ações, articular instituições e promover acesso aos trabalhadores, para formação e garantia de educação permanente e continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica implantadas;
 - XIV. selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente;
 - XV. garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e equipes, para a execução do conjunto de ações propostas;
 - XVI. garantir acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial necessário ao cuidado resolutivo da população;
 - XVII. alimentar, analisar e verificar a qualidade e a consistência dos dados inseridos nos sistemas nacionais de informação a serem enviados às outras esferas de gestão; utilizá-los no planejamento das ações e divulgar os resultados obtidos, a fim de assegurar o direito fundamental de acesso à informação;
 - XVIII. organizar o fluxo de pessoas, visando à garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde das mesmas; e
 - XIX. assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõem as equipes que atuam na Atenção Básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente e a modalidade de atenção.

E ainda, de acordo com a PEAB em seu artigo XVII, compete às Secretarias Municipais de Saúde:

- XX. garantir, na estrutura da Secretaria de Saúde, a Coordenação de Atenção Básica ou similar, buscando a qualifica-

ção da gestão da Atenção Básica do Município.

Acesse a Portaria de Consolidação nº6, anexo XXII - Política Nacional de Atenção:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

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 mesmo nível superior em outra área com pós-graduação na área da saúde. A carga horária de atuação deve ser de 40 horas semanais, dedicadas exclusivamente para ações da coordenação da Atenção Básica.

Atribuições da Coordenação, segundo a 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;
- 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 cartografiado município, identificando as especificidades de cada território,
- IX. facilitando o fluxo dos usuários na rede;
- X. fomentar discussões sobre a Atenção Básica no Conse-

- Iho Municipal de Saúde;
- XI. promover o Acolhimento Pedagógico das equipes de Saúde da Família/ Atenção Básica (texto reformulado);
 - XII. acompanhar e alimentar as ferramentas de gestão do município relacionadas à Atenção Básica;
 - XIII. acompanhar a atualização do SCNES em relação à Atenção Básica;
 - XIV. acompanhar e analisar os dados produzidos pelas equipes de Atenção Básica para alimentação dos sistemas de informação;
 - XV. apoiar as equipes de Atenção Básica na análise das informações geradas a partir dos sistemas de informação com interface na Atenção Básica;
 - XVI. apoiar na construção das políticas municipais de saúde e na implantação das políticas nacionais e estaduais vinculadas à Atenção Básica;
 - XVII. programar, acompanhar e avaliar a execução das atividades previstas nas legislações referentes ao financiamento da Atenção Básica;
 - XVIII. estimular ações intersetoriais, buscando parcerias que propiciem o desenvolvimento integral das ações de saúde, de acordo com as prioridades estabelecidas na gestão;
 - XIX. fomentar a implantação dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) e outras formas de controle social;
 - XX. participar nos espaços regionais de discussão sobre Atenção Básica, a exemplo do Colegiado de Coordenadores da Atenção Básica;
 - XXI. realizar ações que promovam a integração da Atenção Básica com a Vigilância em Saúde;
 - XXII. contribuir na elaboração e alimentação das ferramentas de gestão do município relacionadas com a Atenção Básica;
 - XXIII. 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 corresponsabilizadas;
 - XXIV. 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).

SAIBA MAIS

Assista a Webpalestra sobre o tema produzida pelo Telessaúde - BA: O Fazer do Coordenador da AB: https://www.youtube.com/watch?v=vLcz_k46lbU

Acesse a Política Estadual de Atenção Básica (PEAB) na íntegra:

http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/PoliticaEstadualDeAtencaoBasica_jun_2017.pdf

ACESSE AS EQUIPES DE APOIO INSTITUCIONAL E DE TELECONSULTORES DA DAB



Surgindo dúvidas sobre como organizar o seu processo de trabalho para apoio às equipes e organização da atenção básica, entre em contato com nossa equipe de AI



Ainda, poderá contar com a nossa equipe de Teleconsultores para esclarecimento de dúvidas no seu cotidiano de trabalho. Acesse a nossa plataforma virtual e faça uma teleconsultoria: Acesse: <http://plataformatelessaude.saude.ba.gov.br/>

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 com ações de saúde, por esfera de governo, é baseado na Emenda Constitucional nº 29 de 2000 e Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, conforme 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 o desenvolvimento de diversas ações em saúde, as esferas de governo necessitam realizar transferências de recursos entre si. É o caso das ações da Atenção Básica, uma vez que são desenvolvidas em âmbito municipal. Para tanto, é utilizado o repasse Fundo a Fundo, previsto na Lei nº 8142/1990 e Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Contudo, os recursos só podem ser recebidos pelo ente federativo que 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.

As transferências dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde, a partir de janeiro de 2018, passaram a ser organizados e transferidos na forma de dois blocos de financiamento (Portaria nº 3.992/GM/MS, de 28 de dezembro de 2017):

1. Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde; e
2. Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde.

COMO UTILIZAR O RECURSO DE CUSTEIO E INVESTIMENTO?

É importante ficar atento quanto à origem do recurso financeiro, ou seja, identificar se o recurso financeiro refere-se ao bloco de custeio ou ao bloco de investimento, visto que a origem do recurso implicará na sua utilização.

Os recursos de custeio poderão ser destinados:

- I. à manutenção da prestação das ações e serviços públicos de saúde; e
- II. ao funcionamento dos órgãos e estabelecimentos responsáveis pela implementação das ações e serviços públicos de saúde.

Fica vedada a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Custeio para o pagamento de:

- I. servidores inativos;
- II. servidores ativos, exceto aqueles contratados exclusivamente para desempenhar funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde;
- III. gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às funções relacionadas aos serviços previstos no respectivo Plano de Saúde;
- IV. pagamento de assessorias ou consultorias prestadas por servidores públicos pertencentes ao quadro do próprio Município ou do Estado; e
- V. obras de construções novas, bem como de ampliações e adequações de imóveis já existentes, ainda que utilizados para a realização de ações e/ou serviços de saúde.

Já os recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde destinar-se-ão, exclusivamente, à:

- I. aquisição de equipamentos voltados para a realização de ações e serviços públicos de saúde;
- II. obras de construções novas utilizadas para a realização de ações e serviços públicos de saúde; e
- III. obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes utilizados para a realização de ações e serviços públicos de saúde.

Fica vedada a utilização de recursos financeiros referentes ao Bloco de Investimento em órgãos e unidades voltados, exclusivamente, à realização de atividades administrativas.

SAIBA MAIS

PARA SABER MAIS ACESSE OS SEGUINTE DOCUMENTOS:

PORTARIA N 3.992, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2017 - Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3992_28_12_2017.html

Considerações sobre a Portaria 3.992, de 28/12/2017, que trata do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde:

<https://portalfns.saude.gov.br/images/pdfs/consideracoes-portaria-3992-2017-3.pdf>

Nota Técnica CONASEMS: Novas regras sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS):

https://portalfns.saude.gov.br/images/biblioteca/Notas_Tecnicas/nota-tecnica-prt-3992.pdf

LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm

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://portalfns.saude.gov.br/images/artigos/GestaoRecursosSaudeFundoSaude_atualizado.pdf

Webpalestra:

Webpalestra telessaúde Bahia: Orçamento e Financiamento na Atenção Básica - Portaria 3.992 de 28/12/2017 -

<https://www.youtube.com/watch?v=91MCvO4cAco&t=4213s>

PROGRAMA PREVINE BRASIL

O Programa Previne Brasil, instituído por meio da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, está vigente desde janeiro de 2020 e contém regras do financiamento da Atenção Primária à Saúde. O novo modelo de financiamento de custeio da AB busca estimular o alcance de resultados. Os seus componentes: a) **capitação ponderada**, b) **pagamento por desempenho** e c) **incentivo para ações estratégicas**.

a) Capitação ponderada é um modelo de remuneração calculado com base no número de pessoas **cadastradas** sob responsabilidade das equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP). Para o cálculo do componente de capitação ponderada, são considerados os seguintes fatores de ajuste:

- Vulnerabilidade socioeconômica - proporção de pessoas cadastradas nas AB e que recebam benefício financeiro do Programa Bolsa Família (PBF), Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou benefício previdenciário no valor máximo de dois salários-mínimos.
- Perfil demográfico por faixa etária - pessoas cadastradas com idade até 5 (cinco) anos e com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais.
- Classificação geográfica - estabelecido por município de acordo com a tipologia rural-urbana, definida pelo IBGE.

Para conhecer como os fatores de ajuste interferem no cálculo da captação ponderada, acesse a portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que institui o programa Previne Brasil: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2019/11/portaria2979.pdf>

Ainda, para cálculo da capitação ponderada, será considerado **o potencial de pessoas cadastradas por equipe**, que é um parâmetro médio de pessoas por equipe, dentro de cada município.

Esse parâmetro considera a classificação geográfica do município (de acordo com a tipologia rural-urbana definida pelo IBGE) e os tipos de equipes que o município possui, conforme descrito no quadro a seguir:

PARA CONHECER a tipologia do seu município, acesse:

<https://www.cosemsba.org.br/wp-content/uploads/2016/06/Resumo-Bahia.pdf>

Quadro 1 - Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe - de acordo com a classificação geográfica do município (IBGE)

TIPOLOGIA IBGE	PARÂMETROS DE CADASTRO		
	ESF	EAP 20H	EAP 30H
1. Urbano	4.000 pessoas	2.000 pessoas	3.000 pessoas
2. Intermediário Adjacente	2.750 pessoas	1.375 pessoas	2.063 pessoas
3. Rural adjacente			
4. Intermediário Remoto	2.000 pessoas	1.000 pessoas	1.500 pessoas
5. Rural Remoto			

IMPORTANTE

O potencial de pessoas cadastradas não é um quantitativo obrigatório de pessoas por equipe, e também não é o quantitativo máximo de pessoas cadastradas por equipe; trata-se de um parâmetro médio de pessoas por equipe dentro de cada município.

Dessa forma, para o cálculo da capitação ponderada não há limite de pessoas cadastradas por equipe; entretanto, há limite de pessoas cadastradas por município. Para fins do repasse, esse limite por município será igual ao número de equipes (eSF e eAP) multiplicado pelo Quantitativo potencial de pessoas cadastradas por equipe.

Alguns exemplos para facilitar a compreensão sobre o tema:

Exemplo 1

Um município urbano tem 4 equipes de Saúde da Família. De acordo com a legislação vigente, para essa classificação geográfica (urbano) e para esse tipo de equipe (eSF), o quantitativo potencial de pessoas cadastradas é de 4 mil pessoas por equipe.

Sendo assim, para cálculo do repasse da capitação ponderada, será considerado para esse município o cadastro de até de 16 mil pessoas (4 eSF x 4 mil pessoas = 16 mil pessoas). A quantidade de pessoas cadastradas nas equipes pode variar, porém sempre será considerado o limite de 16 mil pessoas nesse município, somando-se o que há cadastrado em todas as equipes.

ATENÇÃO

- Se o limite de pessoas cadastradas por município for maior do que o número de habitantes do município, de acordo com o IBGE, o total da população definida pelo IBGE será o limite considerado.
- Se o município cadastrar mais pessoas do que seu limite, este será respeitado priorizando os cadastros das pessoas com vulnerabilidade socioeconômica, com até 5 anos ou com 65 anos ou mais.

Vamos considerar que o município do exemplo acima tenha 15 mil habitantes: o limite de cadastro desse município será 15 mil. Em outra situação, esse município tem população de 17 mil habitantes. Aqui, mesmo que o município cadastre 17 mil pessoas, serão consideradas para fins de repasse 16 mil cadastros (4 equipes x 4 mil cadastros), priorizando as pessoas com vulnerabilidade socioeconômica e dentro do perfil demográfico de faixa etária (com até 5 anos ou com 65 anos ou mais).

Para receber o valor da capitação referente a estas mil pessoas excedentes, será necessária a implantação de mais 1 eSF ou mais 1 eAP.

Periodicidade do cálculo e do repasse da capitação ponderada

O valor da capitação ponderada é recalculado a cada 4 competências e transferido mensalmente. Por exemplo: os cadastros realizados até a competência abril serão considerados para calcular os valores da capitação ponderada transferidos mensalmente nas 4 competências seguintes (maio, junho, julho e agosto).

Os cadastros realizados até a competência agosto serão considerados para calcular os valores da capitação ponderada transferidos mensalmente nas 4 competências seguintes (setembro, outubro, novembro e dezembro), e assim sucessivamente. Lembrando que os cadastrados são contabilizados cumulativamente, ou seja, os cadastros inseridos em janeiro se somam aos de fevereiro, e assim por diante.

Como deve ser feito o cadastro dos Usuários nas Unidades de Saúde?

O cadastro do usuário é feito com o CPF ou Cartão Nacional de Saúde (CNS), podendo ser registrado por todos os integrantes da eSF ou eAP credenciados pelo Ministério da Saúde e cadastrados no SCNES. O registro das informações de cadastro pode ocorrer por meio do sistema de Coleta de Dados Simplificada (CDS), Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) ou sistemas próprios/terceiros e serão monitorados pelo Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab).

Por meio desse cadastro, pode-se obter o reconhecimento da população próxima à equipe e Unidade de Saúde da Família (USF),

subsidiando o planejamento das equipes nas ofertas de serviços e o acompanhamento dos indivíduos.

ATENÇÃO

IMPORTANTE ACOMPANHAR OS CADASTROS VALIDADOS E AS INCONSISTÊNCIAS NO SISTEMA.

Para auxiliar os gestores municipais e distritais no acompanhamento dos cadastros, é possível acompanhar a quantidade de cadastros válidos que o município possui por meio de painel disponível na página do e-Gestor dentro do SISAB - em módulo restrito, acessando o Relatório de cadastros não validados do Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) com dados da quantidade por município, por unidade de saúde e por equipe.

SAIBA MAIS, acessando a Nota Técnica explicativa - Relatório de cadastros não validados:

https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_relatorio_de_cadastros_nao_validados_200917.pdf

b) Pagamento por desempenho

Um dos componentes que fazem parte do repasse mensal aos municípios é o pagamento por desempenho, cujo incentivo financeiro é calculado com base nos **resultados de indicadores de atendimento das equipes de saúde**.

Todas as equipes de Saúde da Família, equipes de Atenção Primária e equipes de Saúde Bucal credenciadas e cadastradas no SCNES terão o resultado dos seus indicadores avaliados, o que será utilizado para o pagamento por desempenho.

Para a melhoria dos resultados nos indicadores de desempenho, é necessário que a gestão municipal identifique possíveis fragilidades no processo de trabalho que possam estar impactando diretamente no resultado alcançado desses indicadores. Para tanto, é importante que a mesma avalie o fluxo de alimentação do sistema de informação da atenção básica, monitore e avalie a qualidade e consistência dos dados informados pelas equipes, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados, e que as equipes registrem e enviem corretamente seus dados e informações de produção, bem como organizem e revisem o processo de trabalho para melhoria do desempenho.

A Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) detalha, na Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS, as fichas de qualificação dos sete indicadores avaliados no ano de 2020 e definidos por meio da portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, a saber:

- Proporção de gestantes com pelo menos seis consultas pré-natal realizadas, sendo a primeira até a 20ª semana de gestação;
- Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;
- Cobertura de exame citopatológico;
- Cobertura vacinal de Poliomielite inativada e de Pentavalente;
- Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida em cada semestre; e
- Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Para um melhor entendimento da fórmula de cálculo de cada indicador, recomendamos que seja feita a leitura dos seguintes documentos:

Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/MS:

https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200204_N_SEIMS-0013327270-NotaTecnicaIndicadores_3604088260565235807.pdf

Roteiro de navegação no e-Gestor:

https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200212_N_Roteironavega-caoegestor_1916087404115706273.pdf

Guia para Qualificação dos Indicadores da APS – PEC:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/qualificadores_indicador_PEC.pdf

Guia para Qualificação dos Indicadores da APS – CDS:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/qualificadores_indicador_CDS.pdf

Como a equipe de saúde da família pode melhorar os indicadores de desempenho:

https://sisab.saude.gov.br/resource/file/documento_orientador_indicadores_de_desempenho_200210.pdf

Esse indicador será aferido a cada 04(quatro) meses com repercussão financeira para os 04 meses subsequentes. Esse ciclo se repetirá quadrimestralmente.

Confira na portaria 2.713 de 06 de outubro de 2020 como é realizado o cálculo do incentivo federal do Pagamento por Desempenho:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.713-de-6-de-outubro-de-2020-281542903>

c) Incentivo para ações estratégicas

O financiamento das ações, programas e estratégias segue o regramento vigente nas portarias que os instituíram.

O incentivo para ações estratégicas contemplará o custeio das seguintes ações, programas e estratégias:

- I. Programa Saúde na Hora;
- II. Equipe de Saúde Bucal (eSB);
- III. Unidade Odontológica Móvel (UOM);
- IV. Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- V. Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD);
- VI. Equipe de Consultório na Rua (eCR);
- VII. Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF);
- VIII. Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR);
- IX. Microscopista;
- X. Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP);
- XI. Custeio para o ente federativo responsável pela gestão das ações de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes em Situação de Privação de Liberdade;
- XII. Programa Saúde na Escola (PSE);
- XIII. Programa Academia da Saúde;
- XIV. Programas de apoio à informatização da APS;
- XV. Incentivo aos municípios com residência médica e multiprofissional;
- XVI. Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS); e
- XVII. outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico

MATERIAIS DE APOIO:

PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019 - institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017:

<http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>

PORTARIA Nº 3.222, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2019 - Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil

FAQ do Novo Modelo de Financiamento de Custeio da Atenção Primária à:

<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/FAQNovoFinanciamento.pdf>

NOTA TÉCNICA Nº 306/2020-CGFAP/DESF/SAPS/MS - Previne Brasil - Esclarecimento sobre a disponibilização do pagamento no Fundo Nacional de Saúde:

<https://portalfns.saude.gov.br/ultimas-noticias/2478-novo-financiamento-da-atencao-primaria>

Nota Técnica CONASEMS - Considerações sobre a execução dos recursos federais transferidos Fundo a Fundo do novo financiamento da Atenção Primária à Saúde:

<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/02/nota-AB.pdf>

IMPORTANTE

Os recursos são repassados mensalmente, de forma regular e automática, por meio do Fundo Nacional aos Fundos Municipais de Saúde, com informação disponibilizada no site:

<https://portalfns.saude.gov.br/>

Tais recursos não podem substituir as fontes de recursos próprios do orçamento municipal para a saúde.

ACESSO AO E-GESTOR:

Para acesso aos materiais publicados pelo ministério da Saúde relacionado com os indicadores, a gestão municipal deve ter acesso ao e-Gestor AB do Ministério da Saúde, no portal: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/login.xhtml>.

Para criação e manejo dos perfis dentro do e-Gestor da AB os municípios devem acessar

<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/faq/indexFaq.xhtml>

Roteiro de navegação no e-gestor:

https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200212_N_Roteironavegacaoegestor_1916087404115706273.pdf

SAIBA MAIS

Cartilha para Apresentação de Propostas ao Ministério da Saúde – 2020:

<https://portalfns.saude.gov.br/ultimas-noticias/2498-cartilha-para-apresentacao-de-propos-tas-ao-ministerio-da-saude-2020>

IMPORTANTE

O e-Gestor é uma plataforma onde é possível acessar os diversos sistemas dos programas da Atenção Básica, desenvolvidos e gerenciados pelo Núcleo de Tecnologia da Informação – NTI do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (MS), além de ser um centralizador de acesso aos diversos relatórios públicos bem como um aglutinador de informações próprias para os gestores estaduais e municipais.

O e-Gestor AB conta com um módulo de Acesso Público, onde estão disponíveis relatórios públicos e demais informações para os gestores, sem a necessidade de login e senha. No espaço de Acesso Restrito, é possível acessar programas, como:

- Academia da Saúde;
- Bolsa Família;
- Consultório virtual de saúde da família;
- Informatiza – APS;
- LRPD – ESB;
- Micronutrientes;
- PMAQ AB/CEO;
- SISAB;
- SISVAN.

Para cadastrar os gestores do município com o perfil de acesso restrito, primeiro é necessário entrar no sistema com o CNPJ e a senha do Fundo Municipal de Saúde (FMS) e, pelo perfil de Gestor da Atenção Básica, cadastrar os gestores e seu respectivo perfil de acesso.

Equipe da Atenção Básica (eAB):

- ✓ Esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB) de acordo com características e necessidades do município. Como modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica (eAB) podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário;
- ✓ Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias.

SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica deve ser o primeiro ponto de atenção de um bom gestor, por ser a principal porta de entrada do sistema de saúde, sendo a **Estratégia de Saúde da Família** essencial para expansão e consolidação da AB. Suas ações devem ser realizadas em parceria com diversos setores, sendo prioridade o fortalecimento da integração entre **Atenção Básica e Vigilância em Saúde**.

IMPORTANTE

O QUE O GESTOR DEVE CONSIDERAR NA ORGANIZAÇÃO DA AB DO SEU MUNICÍPIO?

- deve ser composta por equipe multidisciplinar;
- deve ter cobertura garantida para toda a população;
- deve atuar de forma integral, coordenando o cuidado e atendendo às necessidades de saúde das pessoas do seu território.

Veja a seguir alguns tipos de equipes da Atenção Básica:

Equipe de Saúde da Família (eSF)

A eSF é o modelo prioritário de organização e ampliação da Atenção Básica no Brasil; é considerada estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB, e reorienta o processo de trabalho de maneira resolutiva, além de ter a melhor relação custo-efetividade quando comparada aos demais serviços existentes.

A equipe de Saúde da Família tem a equipe mínima composta pelos seguintes profissionais:

- ✓ Médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade;
- ✓ Enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família;
- ✓ Auxiliar ou técnico de enfermagem;
- ✓ Agentes comunitários de saúde.

Na sua composição complementar, podem ser inseridos os seguintes profissionais:

- ✓ Equipe de Saúde Bucal: odontólogo e técnicos e auxiliares de saúde bucal;
- ✓ Agentes de Combates a Endemia (ACE).

IMPORTANTE**COMO DEFINIR O NÚMERO DE ACS POR EQUIPE?**

O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com a base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local.

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

Todos os profissionais devem cumprir a carga horária de 40 horas semanais e se cadastrar em apenas uma equipe.

Equipes de Atenção Primária - eAP

Tem como diferença principal, em relação a equipe de Saúde da Família – eSF, a sua composição, sendo necessário observar as diretrizes da Política Nacional da Atenção Básica - PNAB e os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, como acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade.

Composição mínima das eAP:

- médicos, preferencialmente especialistas em medicina de família e comunidade;
- enfermeiros, preferencialmente especialistas em saúde da família.

Modalidades das eAP:

Modalidade I:

- carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 20 (vinte) horas semanais;
- a população adscrita deve corresponder a 50% (cinquenta por cento) da população adscrita para uma eSF
- Modalidade II:
- carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 30 (trinta) horas semanais,
- população adscrita correspondente a 75% (setenta e cinco por cento) da população adscrita para uma eSF.

ATENÇÃO

É vedada a substituição de eSF por eAP, sob pena de suspensão da transferência dos incentivos financeiros.

IMPORTANTE

Ainda, para atender às características e necessidades de cada município, poderão também ser compostas eSB na modalidade I da eAP, com carga horária diferenciada, conforme a seguir:

Modalidade I-20h: eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 20 (vinte) horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 50% (cinquenta por cento) da população adscrita para uma eSF; ou

Modalidade I-30h: eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 30 (trinta) horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 75% (setenta e cinco por cento) da população adscrita para uma eSF.

Incentivo financeiro mensal para o custeio das Equipes de Saúde Bucal (ESB) nas modalidades I com carga horária diferenciada, segundo critérios e regras estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica:

- I. **Modalidade I-20h:** R\$ 1.115,00 (um mil, cento e quinze reais); ou
- II. **Modalidade I-30h:** R\$ 1.672,50 (um mil, seiscentos e setenta e dois reais e cinquenta centavos).

ATENÇÃO!

Não é possível realizar a substituição de eSB nas modalidades I e II composta por profissionais com carga horária individual de 40 horas semanais por eSB nas Modalidades I-20h e I-30h, sob pena de suspensão da transferência do incentivo financeiro.

IMPORTANTE

Toda UBS deve monitorar a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas ou reclamações, por meio de livros, caixas de sugestões ou canais eletrônicos.

As UBS deverão assegurar o acolhimento e escuta ativa e qualificada das pessoas, mesmo que não sejam da área de abrangência da unidade, com classificação de risco e encaminhamento responsável de acordo com as necessidades apresentadas, articulando-se com outros serviços de forma resolutiva, em conformidade com as linhas de cuidado estabelecidas.

Deverá estar afixado, em local visível, próximo à entrada da UBS:

- Identificação e horário de atendimento;
- Mapa de abrangência, com a cobertura de cada equipe;
- Identificação dos componentes de cada equipe da UBS;
- Relação de serviços disponíveis; e
- Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe.

Equipes de Saúde Ribeirinhas e Fluviais:

I. Equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR): desempenham a maior parte de suas funções em Unidades Básicas de Saúde (UBS) construídas/localizadas nas comunidades pertencentes a regiões à beira de rios e lagos, cujo acesso se dá por meio fluvial; e

II. Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF)

Obtenha mais informações na página no anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2 (Política Nacional de Atenção Básica):

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

SAIBA MAIS

Para conhecer sobre a **Atenção Básica** acesse a Portaria de Consolidação nº 2, anexo XXII da Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 2.436 de 2017)

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXXIICAPISECI

Para conhecer as **atribuições dos profissionais da AB** acesse os itens 4.3 e 4.4 da política Nacional da Atenção Básica.

Carteira de Serviços da APS

A Carteira de Serviços da APS (CaSAPS) é um documento que responde a uma orientação contida na atual Política Nacional da Atenção Básica (PNAB 2017), que estabeleceu, nas suas diretrizes sobre funcionamento das unidades de saúde, a necessidade de definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados como forma de garantia da coordenação do cuidado e ampliação do acesso.

A PNAB 2017 definiu, ainda, que as ações e serviços da Atenção Primária à Saúde deverão seguir padrões essenciais e ampliados. Consideram-se padrões essenciais as ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de acesso e qualidade na APS; já os padrões ampliados são ações e procedimentos estratégicos para avançar e alcançar padrões elevados de acesso e qualidade na APS, observando especificidades locais, indicadores e parâmetros estabelecidos nas Regiões de Saúde.

Todas as equipes que atuam na Atenção Básica deverão garantir a oferta de todas as ações e procedimentos do Padrão Essencial

e recomenda-se também a realização de ações e serviços do Padrão Ampliado, considerando as necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade.

Os serviços dos padrões essenciais, bem como os equipamentos e materiais necessários, devem ser garantidos igualmente para todo o país, buscando uniformidade de atuação da Atenção Básica no território nacional. Já o elenco de ações e procedimentos ampliados deve contemplar as necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade, de forma mais flexível, sendo definido a partir de suas especificidades locais.

Ao longo do ano de 2020, foram definidos os padrões essenciais e ampliados com base na avaliação da implantação da CaSAPS, e essa definição pode fornecer recortes regionais ou mesmo pela a tipologia do município, de acordo com a atual classificação do IBGE.

Os serviços estão organizados e separados da seguinte forma: “Vigilância em Saúde”, “Atenção e Cuidados Centrados na Saúde do Adulto e do Idoso”, “Atenção e Cuidados Centrados na Saúde da Criança e do Adolescente”, “Procedimentos na APS” e “Atenção e Cuidados Relacionados à Saúde Bucal”.

A CaSAPS é um documento orientador para todos os serviços de APS no Brasil. O gestor municipal poderá adequar (acrescentando, retirando ou reformulando) itens na Carteira de Serviços, de acordo com as necessidades e condições locais, adaptando a oferta nacional para a realidade do município, ou mesmo incorporar a Carteira nacional como carteira de serviços no seu município.

CONSULTE OS MATERIAIS PARA SABER MAIS SOBRE O TEMA:

CARTEIRA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (CaSAPS) MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL - Versão Profissionais de Saúde e Gestores - Resumida Dezembro/2019:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_resumida.pdf

CARTEIRA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (CaSAPS) MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL - Versão Profissionais de Saúde e Gestores - Completa Dezembro/2019:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_completa.pdf

CARTEIRA DE SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (CaSAPS) MINISTÉRIO DA SAÚDE - BRASIL - Versão População Dezembro/2019:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_populacao.pdf

ESTRATÉGIA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) E AGENTES DE COMBATE A ENDEMIAS (ACE)

A estratégia do Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi implantada em 1991, sendo considerada como um dos programas pioneiros da Atenção Básica no Brasil. A profissão do ACS foi instituída em 2002 pela Lei nº 10.507, que definiu o seu exercício exclusivo no Sistema Único de Saúde e em específico da Atenção Básica à Saúde, e normatizou suas atividades e requisitos.

A Vigilância em Saúde, por meio das diretrizes definidas na Portaria Nº 3.252, de 22/12/2009 - Revogada pela Portaria nº 1.378, de 9/07/2013 -, estabeleceu como princípios gerais a Integralidade das ações na ABS entre o ACS e Agente Comunitário de Endemias (ACE), conforme o artigos a seguir:

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e a Atenção Primária à Saúde é condição obrigatória para construção da integralidade na atenção e para o alcance de resultados, com desenvolvimento de um processo de trabalho condizente com a realidade local.

A incorporação do ACE na eSF foi regulamentada pela Portaria nº 1.007, de 4/05/2010, que definiu critérios para regulamentar a incorporação do ACE na atenção primária à saúde com o objetivo de fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. A Portaria estabelece que a incorporação dos ACE nas equipes de Saúde da Família pressupõe a reorganização dos processos de trabalho, com integração das bases territoriais do Agente Comunitário de Saúde e do Agente de Combate às Endemias, com definição de papéis e responsabilidades e com a supervisão dos ACE sendo realizada pelos profissionais de nível superior da equipe de Saúde da Família.

Embora a esta Portaria represente uma das ações indutoras da integralidade da atenção, sua adesão é opcional, ocorrendo por decisão do gestor municipal.

Atenção! A não adesão do Município à inclusão dos ACE nas equipes de SF não desobriga às equipes de Atenção Básica/SF a desenvolverem ações de vigilância em saúde de sua competência.

As atividades dos ACS e ACE são regulamentadas pela Lei Nº 11.350, de 05/10/2006, que foi regulamentada pela PL nº 6.437, de 2016, conforme artigo a seguir:

Referente aos agentes

Art. 2º

O exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, nos termos desta Lei, dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, na execução das atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional, salvo o disposto no § 1º do art. 199 da Constituição Federal. § 1º Os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias são amparados pela legislação que trata do exercício de atividades em ambientes insalubres. § 2º As atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias são consideradas de relevante interesse público.

Referente aos ACS

Art. 3º

O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Parágrafo único. São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

- I. a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sócio-cultural da comunidade;
- II. a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;
- III. o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;
- IV. o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área de saúde; V – a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e
- V. a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

Referente aos ACE

Art. 4º

O Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças endêmicas e infecto-contagiosas e promoção da saúde, mediante ações de vigilância de endemias e seus vetores, inclusive, se for o caso, fazendo uso de substâncias químicas, abrangendo atividades de execução de programas de saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado.

A PNAB, por meio da PORTARIA Nº 2.436, DE 21/09/2017 (portaria de Consolidação nº2, anexo XXII) estabelece a seguinte alocação

dos Agentes:

1) Equipe de Saúde da Família (eSF):

- Obrigatoriamente composta por Agentes Comunitários de Saúde, podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE);
- O número de ACS por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional, critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos, de acordo com definição local;
- Em áreas de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social, recomenda-se a cobertura de 100% da população com número máximo de 750 pessoas por ACS.

2) Equipe da Atenção Básica (eAB):

- Esta modalidade deve atender aos princípios e diretrizes propostas para a AB. A gestão municipal poderá compor equipes de Atenção Básica (eAB) de acordo com características e necessidades do município. Como o modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica (eAB) podem posteriormente se organizar tal qual o modelo prioritário;
- Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal e ou técnicos de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias.

A Portaria também define as atribuições comuns dos ACS e ACE, bem como suas atribuições específicas, saiba mais acessando a Portaria de Consolidação nº2, anexo XXII (PNAB):

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

Recapitulando!

- As atividades dos ACS e ACE estão regulamentadas pela Lei nº 13.595/2018;
- A implementação e extensão dos ACS e ACES devem preceder a realização da Cartografia/territorialização do município para identificar as microáreas de vulnerabilidade e risco, bem como o perfil epidemiológico, e após isso fazer o levantamento da quantidade de agentes necessários;
- A forma de ingresso, conforme a Constituição Federal de 1988, Art. 198, § 4º., só poderá ocorrer via processo seletivo público, tendo como agente contratante a administração pública direta;
- Para o exercício da atividade dos agentes, é necessário que seja realizado o curso introdutório de formação inicial e continuada, sendo a formação ministrada por profissional de saúde de nível superior e, após o treinamento específico, a gestão deverá fornecer equipamentos adequados para o desenvolvimento do seu processo de trabalho;
- Após implantação do ACS/ACE e conforme a regularidade do registro das suas ações, a remuneração deverá seguir as regras específicas na Portaria nº 3.270, de 11 de Dezembro de 2019, que fixa o valor do incentivo do custeio de implantação da eACS.

IMPORTANTE

Lembrando que os itens necessários para implantação do ACS, Segundo a PNAB, são:

- Existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no SCNES vigente, que passa a ser a UBS de referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;
- os ACS devem estar cadastrados no SCNES vigente, vinculados à equipe
- o número de ACS e ACE por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional (critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente;
- cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes comunitários: ACS e enfermeiro supervisor;
- Identificação de um enfermeiro supervisor;
- cada ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta portaria e ter uma microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas;
- a atividade do ACS deve se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho a partir das necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e de risco epidemiológico;
- a atuação em ações básicas de saúde deve visar à integralidade do cuidado no território; e
- cadastrar, preencher e informar os dados através do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica vigente.

ACESSE AS LEGISLAÇÕES RELACIONADAS COM O TEMA:

BRASIL. LEI Nº 10.507. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. – Brasília: Congresso Nacional, 10/07/2002. Acesso em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10507.htm

BRASIL. LEI Nº 11.350 – Ruth Brilhante. Regulamenta os §§ 4º e 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. – Brasília: Congresso Nacional, 05/10/2006. Acesso em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm

BRASIL. PORTARIA Nº 1.007/GM/MS. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. – Brasília: Ministério da Saúde, 04/05/2010. Acesso em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007_04_05_2010_comp.html

BRASIL. PORTARIA Nº 3.252/GM/MS. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. – Brasília: Ministério da Saúde, 22/12/2009. Acesso em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3252_22_12_2009_comp.html

BRASIL. PORTARIA Nº 2.436/GM/MS. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). – Brasília: Ministério da Saúde, 21/09/2017. Acesso em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

BRASIL. Lei Federal nº 13.708, de 14 de agosto de 2018, que altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para modificar normas que regulam o exercício profissional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Acesso em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13708.htm

BRASIL. PORTARIA Nº 3.270, DE 11 DE DEZEMBRO DE 2019, Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação de Agentes Comunitários de Saúde. Acesso em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.270-de-11-de-dezembro-de-2019-232941903>

SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Principais Ações da Saúde Bucal na Atenção Básica: Fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família – Equipes de Saúde Bucal

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) podem se organizar nas seguintes modalidades (Portaria de Consolidação nº2 de 28 de setembro de 2017):

- Modalidade I: Cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB) e;
- Modalidade II: Cirurgião-dentista, TSB e ASB, ou outro TSB.

Independente da modalidade adotada, os profissionais da Saúde Bucal devem compartilhar a gestão e o processo de trabalho da(s) equipe(s) da APS, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território adstrito que a equipe de Saúde da Família ou Atenção Básica a qual integra.

A Portaria nº 99, de 7 de Fevereiro de 2020, redefiniu o registro das equipes de APS no SCNES e, de acordo com esse documento, as equipes de Saúde Bucal passaram a ser reclassificadas com o código 71 - eSB - Equipe de Saúde Bucal, e deverão ser desvinculadas das outras estratégias de atenção primária, e gerar um número de Identificação Nacional de Equipes (INE) específico para as equipes 71 - eSB.

ATENÇÃO

RECURSO FINANCEIRO PARA AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

Para 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 município receberá, do Ministério da Saúde, uma parcela única no valor de R\$ 7.000,00/por equipe, para implantação da equipe e investimento na Unidade Básica de Saúde e Educação Permanente; e, receberá os equipamentos odontológicos, através de doação direta ou do repasse de recursos necessários para adquiri-los (equipo odontológico completo).

Segundo as Portarias de Consolidação nº 2 e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, há o compromisso, por parte do Ministério da Saúde (MS), 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), para as Equipes de Saúde Bucal (eSB) implantadas a partir de outubro/2009.

Para receber esses equipamentos, fica disponível, no site do e-gestor do MS, o Sistema de Plano de Fornecimento de Equipamento Odontológico, no qual o responsável pelo município opta:

1. Por receber a cadeira odontológica diretamente no município ou;
2. Por receber o recurso para o próprio município realizar a aquisição.

Além disto, de acordo com a composição da equipe de Saúde Bucal (eSB) e da carga horária cadastrada, define-se o financiamento federal de custeio mensal destas equipes, conforme estabelecido na Portaria de Consolidação nº2, de 28 de setembro de 2017, e na Portaria GM/MS nº 2.539, de 26 de setembro de 2019:

- I. para as eSB na Modalidade I serão transferidos R\$ 2.230,00 (dois mil duzentos e trinta reais) a cada mês, por equipe; e
- II. para as eSB na Modalidade 2 serão transferidos R\$ 2.980,00 (dois mil novecentos e oitenta reais) a cada mês, por equipe.

Vale salientar que fazem jus a 50% a mais sobre os valores transferidos referentes às eSB implantadas, de acordo com as modalidades definidas, todas as eSB (definidas em Portaria Ministerial) que atendam a populações residentes em assentamentos ou remanescentes de quilombos, respeitado o número máximo de equipes, também definido em Portaria Ministerial.

De modo a atender às características e necessidades de cada município, poderão também ser compostas eSB na modalidade I com carga horária diferenciada, nos seguintes termos (Portaria nº 2.539 de 26/09/2019):

- Modalidade I-20h: eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 20 (vinte) horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 50% (cinquenta por cento) da população adscrita para uma eSF; ou
- Modalidade I-30h: eSB composta por profissionais com carga horária mínima individual de 30 (trinta) horas semanais e cadastrados em uma mesma Unidade de Saúde, com população adscrita correspondente a 75% (setenta e cinco por cento) da população adscrita para uma eSF.
- Não se aplica aos profissionais da eSB na modalidade I com carga horária diferenciada a vedação à participação em mais de uma eSB ou eSF, não sendo hipótese de suspensão de repasse a duplicidade de profissional.

Além disto, os estabelecimentos participantes do Saúde na Hora poderão ter as eSB cadastradas no SCNES como III - equipes de Saúde Bucal (eSB), conforme descrito na Portaria GM/MS nº 397 de 16.03.2020.

IMPORTANTE

CREDENCIAMENTO DAS ESB

Para o credenciamento destas eSB, o Ministério da Saúde publicou a Portaria Nº 1.710, de 8 de julho de 2019, instituindo um novo fluxo de credenciamento para serviços e equipes de saúde no âmbito da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS).

A Nota Técnica nº 100/2019-CGFAP/DESF/SAPS/MS traz orientações sobre solicitação de credenciamento de equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde.

IMPORTANTE

AÇÕES QUE AS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL PODEM DESENVOLVER NO TERRITÓRIO

Vale salientar que as eSB da Atenção Básica também podem desenvolver as suas atividades em outras frentes de ação:

1. Equipes de Consultórios de Rua (eCR):

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

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

As eCR desempenharão suas atividades in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário. (Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS de 28 de setembro de 2017)

2. Unidades Odontológicas Móveis - UOM

A UOM é uma ferramenta de trabalho das eSB da Estratégia de Saúde da Família, e são consultórios odontológicos estruturados em veículos devidamente adaptados e equipados para o desenvolvimento de ações de atenção à saúde bucal. São doadas pelo Ministério da Saúde, instância esta que define os critérios para a doação.

As UOM são de uso exclusivo dos profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade I (ESFSBMI) ou Estratégia de Saúde da Família com Saúde Bucal Modalidade II (ESFSBMII) e servirão de apoio para o desenvolvimento das ações e atividades dessas Equipes.

O gestor municipal poderá compartilhar a carga horária semanal de 40 horas dos profissionais de saúde bucal na Unidade de Saúde da Família e na UOM e poderão estar cadastradas na UOM mais de uma Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família. No entanto, Os Municípios que receberem a UOM do Ministério da Saúde deverão ter cadastrados, no mínimo, 01 (uma) Equipe de Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família em seu território e os profissionais desta Equipe com sua carga horária semanal compartilhada na UOM. (Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS de 28 de setembro de 2017 e Nota Técnica UOM – CGSB/MS).

3. Programa Saúde na Escola – PSE

O Programa Saúde na Escola - PSE é uma política intersetorial instituída em 2007, que envolve a Saúde e a Educação, com o objetivo de promover saúde e educação integral. No entanto, independente da adesão das escolas ao PSE, as eSB da Atenção Básica devem responsabilizar-se por todo o seu território, e, por conseguinte, por todas as instituições pertencentes a este território, o que inclui: escolas, creches, Instituições de Longa Permanência para Idosos, dentre outros. (Portaria

de Consolidação nº 2/GM/MS de 28 de setembro de 2017)

4. Equipes de Atenção Domiciliar e Melhor em Casa

O Melhor em Casa é um serviço indicado para pessoas que apresentam dificuldades temporárias ou definitivas de sair do espaço da casa para chegar até uma unidade de saúde, ou ainda para pessoas que estejam em situações nas quais a atenção domiciliar é a mais indicada para o seu tratamento.

A atenção domiciliar visa a proporcionar ao paciente um cuidado mais próximo da rotina da família, evitando hospitalizações desnecessárias e diminuindo o risco de infecções, além de estar no aconchego do lar.

Conforme a necessidade do paciente, esse cuidado em casa pode ser realizado por diferentes equipes. Quando o paciente precisa ser visitado de maneira mais espaçada, por exemplo, uma vez por mês, e já está mais estável, este cuidado pode ser realizado pela equipe de Saúde da Família/ Atenção Básica de sua referência. Já nos casos em que o paciente precisa ser visitado semanalmente ou mais, ele poderá ser acompanhado por equipes específicas de Atenção Domiciliar, como as que fazem parte do Programa Melhor em Casa.

O atendimento é realizado por equipes multidisciplinares, formadas prioritariamente por médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeuta ou assistente social.

Outros profissionais (fonoaudiólogo, nutricionista, odontólogo, psicólogo, terapeuta ocupacional e farmacêutico) poderão compor as equipes de apoio. (PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017)

5. Outras Ações da Atenção Básica Apoiadas pelo Ministério

ü Fluoretação das águas de abastecimento público: é interessante que o gestor municipal conheça a realidade da fluoretação no seu município. Em algumas regiões da Bahia, por exemplo, a água é fluoretada naturalmente e esta informação subsidiará no planejamento das ações de aplicação de flúor tópico e na identificação do risco de fluorose;

- Levantamentos epidemiológicos periódicos: ação que subsidia o planejamento, a classificação de risco e a definição de prioridades;
- Atendimento em Unidades Básicas sem adesão ESF: alguns municípios adotam distintas estratégias de Cuidado à Saúde Bucal de sua população, como as unidades básicas tradicionais ou unidades mistas, onde se verificam os dois modelos de atenção: tradicional e estratégia Saúde da Família. Cabe ao gestor conhecer esta diversidade de modelo de atenção e adotar estratégias de fortalecimento da Atenção Básica como um todo.
- Financiamento com base em indicadores de desempenho instituído pelo Programa Previnde Brasil e pela portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019: o recurso é transferido de acordo com o desempenho do município, observado no resultado dos indicadores, dentre os quais há indicador específico da Saúde Bucal.

LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2 de 28 de setembro de 2017 - Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Acesso em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 5, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017 - consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Acesso em: <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/29/PRC-5-Portaria-de-Consolidacao-o-n-5-de-28-de-setembro-de-2017.pdf>

Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 - Seção IV - trata da consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde e dispõe sobre o Plano de Fornecimento de Equipamentos Odontológicos para as Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família (ESFSB). Acesso em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html

Portaria Nº 1.710, de 8 de julho de 2019 - instituiu novo fluxo de credenciamento desburocratizado para serviços e equipes de saúde no âmbito da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). A desburocratização do credenciamento foi pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Acesso em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.710-de-8-de-julho-de-2019-191451267>

NOTA TÉCNICA Nº 100/2019-CGFAP/DESF/SAPS/MS - Orientações sobre solicitação de credenciamento de equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde. Acesso em: <https://atencao.basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201909/05092634-nt-100-2019-cgfapdesfsapsms.pdf>

PORTARIA Nº 2.539, DE 26 DE SETEMBRO DE 2019 - Altera as Portarias de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir a equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada. Acesso em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2539_27_09_2019.html

PORTARIA Nº 3.034, DE 20 DE NOVEMBRO DE 2019 - Define recursos financeiros destinados à aquisição de equipamentos odontológicos para os Municípios que implantaram Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família. Acesso em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.034-de-20-de-novembro-de-2019-229384747>

PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019 - Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Acesso em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>

PORTARIA Nº 3.222, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2019 Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Acesso em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E O NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Núcleo ampliado de Saúde da Família E Atenção Básica (NASF-AB) foi criado com o objetivo de aumentar a capacidade de resposta das equipes de saúde aos problemas da população, tendo como referencial a cogestão da clínica, a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade.

Composto por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, o Núcleo atua de maneira integrada às equipes de Saúde da Família, equipes de Atenção Primária e equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, Academia da Saúde e equipes ribeirinhas e fluviais).

Podem compor o NASF-AB 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), sanitarista; médico acupunturista, pediatra, ginecologista/obstetra, homeopata, acupunturista, psiquiatra, geriatra, internista (clínica médica) e médico do trabalho.

Espera-se que a inserção destes profissionais amplie o olhar sobre as necessidades dos usuários e as ações de cuidado. Com o aumento da capacidade clínica da Atenção Básica, busca-se reduzir os encaminhamentos desnecessários a outros serviços, equilibrar a atenção clínica individual e as ações de matriciamento, além de aumentar a satisfação dos usuários.

A lógica de atuação do NASF-AB está pautada no apoio matricial (matriciamento), que envolve uma forma de trabalho colaborativo e o desenvolvimento de ações em duas dimensões: uma primeira dimensão técnico-pedagógica, que produz ação de apoio educativo com e para as equipes; e uma dimensão clínico-assistencial, que demanda a realização de ações clínicas diretas com os usuários.

Por meio do matriciamento, são construídos arranjos de processo de trabalho que articulam ferramentas e tecnologias a favor de uma clínica ampliada e compartilhada. Entre as ferramentas e tecnologias utilizadas, destacam-se as interconsultas, consultas compartilhadas, assistência individualizada, consultas coletivas, discussão de casos, construção de projeto terapêutico singular, projetos saúde no território e ações pedagógicas.

O NASF-AB não se configura como um serviço de especialidades na Atenção Básica, e sim faz parte da Atenção Básica. Entretanto, o Núcleo não se constitui porta de entrada do sistema, em que se teria livre acesso para atendimento individual ou coletivo. Também não se configura como um serviço que possui unidade física independen-

te ou especial, nem como serviço itinerante ou que atua com equipe volante a utilizar a estrutura física das Unidades Básicas de Saúde ou de outros equipamentos do território.

Neste sentido, os atendimentos aos usuários, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de Atenção Básica/Saúde da Família. A equipe NASF-AB deve realizar ações compartilhadas com as equipes de Atenção Básica/Saúde da Família e auxiliar na articulação de/com outros pontos de atenção da rede para garantir a continuidade do cuidado dos usuários.

A partir da publicação do Programa Previne Brasil, foram inseridas algumas mudanças na organização das equipes dos NASF-AB nos municípios. Na NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, as mudanças na organização das equipes de NASF-AB relacionam-se com o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde (APS), instituído pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.

A revogação de diversas normativas que definiam os parâmetros e custeio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) modificou a composição das equipes multiprofissionais, desvinculando-as das tipologias de equipes NASF-AB anteriores e deixando na autonomia do gestor municipal a definição dos profissionais que devem compor a equipe, a carga horária e os arranjos das mesmas (normativas revogadas: Seção II do Capítulo II do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017; e Seção II do Capítulo I do Título II da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017).

Outra mudança se dá no cadastramento desses profissionais, que poderá ser realizado diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP), ampliando a composição mínima destas equipes. Os profissionais podem ainda ser cadastrados no SCNES como equipe NASF-AB ou mesmo serem cadastrados apenas no estabelecimento de atenção primária, sem vinculação a nenhuma equipe.

A partir de 2021, conforme Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019, haverá um indicador relacionado à atuação de equipes multiprofissionais na APS incorporado ao rol de indicadores monitorados para o pagamento por desempenho. Esta Portaria destaca ainda que, conforme definido pela Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, que instituiu o Previne Brasil, em seu Artigo 12-N, os gestores municipais e estaduais têm autonomia na aplicação dos incentivos de custeio federal referente ao financiamento de que trata o Programa, desde que sejam destinados a ações e serviços da APS e que se respeite o disposto na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e na Lei Orgânica da Saúde. Ou seja, tais recursos de financiamento de custeio da APS podem ser aplicados pelo gestor

municipal no custeio de equipes multiprofissionais no formato que for mais apropriado às necessidades locais.

Faz-se necessário que os gestores municipais conheçam as necessidades de saúde da população e a sua demanda local para definir a melhor composição da equipe, assegurando a intervenção nos problemas prioritários e consequentemente melhores resultados nos indicadores em saúde.

IMPORTANTE

O Estado da Bahia orienta, a todos os gestores, a manutenção das equipes de NASF-AB/multiprofissionais/apoio matricial, no intuito de continuar ofertando ações de cuidado à população contempladas pelo saber das diferentes profissões, sendo o apoio matricial às equipes uma forma de ampliar o escopo das ações realizadas pela Atenção Básica. É também importante que as novas equipes de AB que forem implantadas estejam contempladas com ações multiprofissionais, ressaltando a equipe de NASF-AB como uma experiência de grande relevância no nosso estado.

O gestor municipal deverá realizar análise de território para definir quais profissionais irão compor a(s) equipe(s) de NASF-AB de seu município, no intuito de organizar as ofertas de ações a partir das necessidades locais.

Não há exigência de estrutura física específica para a equipe do NASF.

Sobre o recurso financeiro para as equipes do NASF-AB/equipe multiprofissional, há o incentivo de desempenho, a partir da análise de indicadores, como componente de pagamento relacionado com a nova portaria de financiamento da AB – Programa Previne Brasil.

Para os indicadores de 2020, o NASF-AB/Equipe Multiprofissional tem papel fundamental nos indicadores 6 e 7, juntamente com os demais profissionais da ESF e, consequentemente, para o indicador sintético final. Para conhecer todos os indicadores, acesse a NOTA TÉCNICA Nº 5/2020-DESF/SAPS/MS, disponível em: https://sisab.saude.gov.br/resource/file/nota_tecnica_indicadores_de_desempenho_200210.pdf

Para os anos de 2021 e 2022, os indicadores do pagamento por desempenho serão definidos após monitoramento, avaliação e pactuação tripartite, durante o ano de 2020, com previsão de indicadores relacionados diretamente com a realização de ações multiprofissionais, sendo importante que as atividades relacionadas com o NASF-AB estejam implantadas e sejam implementadas pelos municípios, para um melhor desempenho na avaliação dos indicadores previstos.

SAIBA MAIS

Conheça o Caderno de Atenção Básica 39 acessando o link

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf

NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS 1. ASSUNTO 1.1. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Acesso em:

<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>

PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019 Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Acesso em:

<https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2019/11/portaria2979.pdf>

PORTARIA Nº 3.222, DE 10 DE DEZEMBRO DE 2019 Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Acesso:

<https://brasilsus.com.br/index.php/pdf/portaria-no-3-222/>

SÁUDE NA HORA

O Programa Saúde na Hora, no âmbito da Política Nacional de Atenção Básica, que implementa o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), no Sistema Único de Saúde (SUS), visa ampliar o acesso dos usuários aos serviços da APS e reduzir o volume de atendimentos de pessoas com condições de saúde de baixo risco em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares. O Programa Saúde na Hora foi instituído pela Portaria nº 397, de 16 de março de 2020.

OS GESTORES PODEM ADERIR AO PROGRAMA EM QUATRO TIPOS DE FORMATO DE FUNCIONAMENTO EM HORÁRIO ESTENDIDO:

- USF ou UBS com 60 horas semanais Simplificado - deve ser composta por, pelo menos, 2 equipes, que podem ser equipe de Saúde da Família (eSF) ou equipe de Atenção Primária (eAP) (20h ou 30h), somando no mínimo 60 horas semanais de carga horária total das equipes na unidade.

Exemplo: 1 eSF de 40h e 1 eAP de 20h

- USF com 60 horas semanais - deve ser composta por, no mínimo, 3 eSF.
- USF com 60 horas semanais com Saúde Bucal - deve ser composta por, no mínimo, 3 eSF e 2 eSB.
- USF com 75 horas semanais com Saúde Bucal - deve ser composta por, no mínimo, 6 eSF e 3 eSB.

O horário de funcionamento deve ser ininterrupto nos horários regular e estendido, o que inclui o horário de almoço e, ainda, o turno da noite ou aos fins de semana, a saber:

- Funcionamento com 60h semanais: 12 horas diárias ininterruptas, de segunda-feira a sexta-feira, durante os 5 dias úteis na semana, ou 11 horas diárias ininterruptas, de segunda a sexta-feira, durante os 5 dias úteis da semana, e 5 horas aos sábados ou domingos.
- Funcionamento com 75h semanais: 15 horas diárias ininterruptas de segunda-feira a sexta-feira, durante 5 dias úteis na semana, ou 14 horas diárias ininterruptas, de segunda a sexta-feira, durante os 5 dias úteis da semana, e 5 horas aos sábados ou domingos
- A adesão ao programa tem caráter voluntário e ocorrerá mediante anuência do Termo de Compromisso, em modo *on line*, via e-Gestor: <https://egestorab.saude.gov.br/>

- Aponta-se que as solicitações deferidas serão publicadas em portaria de homologação da adesão.

ATENÇÃO

Diante do contexto da pandemia de COVID-19, foi instituído pela Portaria nº 430, de 19 de março de 2020, na segunda quinzena do mês de março, o Saúde na Hora Emergencial contra o Coronavírus, com a perspectiva de ampliar acesso dos usuários aos serviços da APS e reduzir o volume de atendimentos de pessoas com condições de saúde de baixo risco em unidades de pronto atendimento e emergências hospitalares. Sobretudo, o Saúde na Hora Emergencial contra o Coronavírus busca ampliar o acesso da população às ações e serviços da APS em tempo oportuno para assistência, diagnóstico, tratamento, prevenção, controle do surto e interrupção da cadeia de transmissão do Covid-19.

Nesse formato, o Saúde na Hora Emergencial contra Coronavírus não necessita de adesão nem publicação de portaria de homologação. O incentivo financeiro (em caráter excepcional e temporário) tem transferência automática, condicionada ao cumprimento mensal de requisitos e de parâmetros assistenciais. A cada competência que os requisitos e parâmetros forem cumpridos, será feita a transferência do incentivo financeiro.

Destaca-se que inicialmente os parâmetros mínimos assistenciais foram estabelecidos pela Nota Técnica nº 467, de março de 2020. No entanto, em 30 de julho de 2020, foi publicada a NOTA TÉCNICA Nº 1069/2020-CGFAP/DESF/SAPS/MS, que redefiniu os parâmetros mínimos assistenciais das Unidades de Saúde da Família (USF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Saúde na hora emergencial contra o coronavírus, conforme descrito a seguir na tabela abaixo:

Formato SnH emergencial	Tipologia Município	Atendimentos de profissionais médicos + enfermeiros		Total
		Atendimentos manhã e tarde	Atendimentos em horário estendido - após às 17h ou finais de semana.	
60h	Adjacentes/ remotos	392	28	420
	Urbano	672	56	728
70h	Adjacentes/ remotos	518	42	560
	Urbano	840	84	924

Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 1069/2020-CGFAP/DESF/SAPS/MS

Os parâmetros serão calculados conforme horário de funcionamento das USF ou UBS e baseados na soma dos atendimentos de profissionais médicos e enfermeiros, considerando ainda a tipologia estabelecida pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - (IBGE) para os municípios e o Distrito Federal. Tais parâmetros poderão ser alterados em decorrência da situação epidemiológica da COVID-19 no Brasil.

Para mais informações, orientamos a leitura dos seguintes documentos:

Portaria nº 430, de 19 de março de 2020. Acesse:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-430-de-19-de-marco-de-2020-249027837>

Portaria nº 397, de 16 de março de 2020. Acesse:

https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-397-de-16-de-marco-de-2020-*248809238

Nota Técnica nº 467 de março de 2020. Acesse:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/NT_Parametros_Assistencias_do_inciso_IV_art_4_prt430_GM_MS_19_03_2020.pdf

Nota Técnica nº 1069 de 30 de julho de /2020. Acesse:

[https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200731_N_SEIMS-0015621011-NotaTecnicaAlteracaoParametrosSnHEmergencial30072020\(002\)_3783763750160584144.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20200731_N_SEIMS-0015621011-NotaTecnicaAlteracaoParametrosSnHEmergencial30072020(002)_3783763750160584144.pdf)

MAIS INFORMAÇÕES, acesse o site do Ministério da Saúde:

<https://aps.saude.gov.br/ape/saudehora>

IMPORTANTE

Em relação ao Programa Saúde na Hora, que tem o objetivo de implementar o horário estendido de funcionamento das Unidades de Saúde da Família (USF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS), cabe ao coordenador da Atenção Básica acompanhar a implantação e implementação dos serviços, garantir que as equipes estejam cadastradas no SCNES e ainda, que o quantitativo mínimo de equipes de saúde esteja de acordo com a modalidade pleiteada, as cargas horárias semanais das categorias profissionais que integram as eSF ou eAP e eSB, e o horário de funcionamento estendido.

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, conforme Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, Anexo XXII.

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.

As eCR são equipes multiprofissionais que objetivam prestar atenção integral à saúde da população em situação de rua em um determinado território, de forma itinerante e integrada à rede de serviços de saúde, especialmente as Unidades Básicas de Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os serviços de Urgência e Emergência, além de outros pontos de atenção intersetoriais.

Sabemos que essa população é um grupo heterogêneo, exposto a diversas vulnerabilidades, entre elas, o acesso aos serviços de saúde. Desta forma, esse dispositivo visa à ampliação do seu acesso à rede de atenção, oportunizando não apenas o cuidado à saúde como também a promoção e garantia de seus direitos de cidadania.

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 esteja integrando uma eCR. Desta forma, em municípios ou áreas em que não haja eCR, outras estratégias de atenção à saúde para população em situação de rua deverá ser pensada, tendo a Atenção Básica como coordenadora desse cuidado, incluindo os profissionais de Saúde Bucal e as equipes multiprofissionais/profissionais do NASF do território onde essas pessoas estão concentradas.

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

- Para saber mais sobre a implantação e atuação das eCR, acesse o site: <https://aps.saude.gov.br/ape/consultoriorua/>
- 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) munícipes em situação de rua.

IMPORTANTE

O fluxo para credenciamento de Equipes de Consultório na Rua está previsto na Portaria nº 1.710/2019, que foi atualizada pelas Portarias nº 3.119, de 02 de dezembro de 2019, Portaria nº 804, de 14 de abril de 2020 e na Nota Técnica nº 100/2019-CGFAP/DESF/SAPS/MS, disponíveis no site: <https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/credenciamentos/>

ATENÇÃO

Este fluxo de credenciamento para as eCR, assim, como de outros equipamentos da Atenção Básica, estão em processo de transição para o modelo *on line* por meio da plataforma e-Gestor AB. Desta forma, entre em contato com a sua Equipe de Apoio Institucional DAB/SESAB e acompanhe esta e outras notícias.

PARA SABER MAIS:

Portaria Nº 122, de 25 de janeiro de 2012 - Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. . Acesso em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html

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. Acesso em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html

CRENCIAMENTO DE EQUIPES DA ATENÇÃO BÁSICA

O Fluxo de credenciamento de equipes de Atenção Primária (eAP) e equipes de Saúde da Família (eSF), a partir da Portaria do MS nº 1.710, de 8 de julho de 2019, é realizado pelo e-Gestor AB, plataforma que concentra vários sistemas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, do Ministério da Saúde (SAPS/MS). Pelo próprio sistema, o gestor municipal poderá acompanhar o status da solicitação.

Antes de iniciar o processo de credenciamento no e-Gestor AB, o gestor deve verificar se os profissionais que vão compor a equipe estão registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Figura 16: Passo a passo para credenciamento de equipes da Atenção Básica.



Fonte: Portaria nº 1.710, de 8 de julho de 2019

Acesse o tutorial em vídeo disponível em:

<https://www.conasems.org.br/tutorial-credenciamento-de-equipes-de-atencao-basica-no-e-gestor/>

Passo a Passo:

1. Acesse o site egestorab.saude.gov.br.
2. No canto direito da tela, clique no ícone “Acesso restrito”.
3. Entre com o login e senha de gestor de programa municipal. Será aberta uma página com todos os sistemas que têm permissão de acesso.
4. Selecione o item “Gerencia APS”, que é a parte do sistema onde está disponível o gerenciamento APS.
5. Clique na parte de “Credenciamento” (Acessar). Aparecerá uma nova tela com informações específicas do município.
6. Ao clicar em “Credenciamento ESF”, o gestor vai digitar o quantitativo de equipes/serviço que deseja credenciar e, logo após, dará ciência das informações. Está finalizada a solicitação de novo credenciamento.
7. Para solicitar as equipes de Atenção Primária, clique em “Credenciamento eAP” e siga os mesmos passos anteriores.

O Ministério da Saúde irá analisar a solicitação com base nos critérios técnicos e orçamentários. As solicitações deferidas serão publicadas em portaria e, após publicação, o município terá 06 (seis) competências para cadastrar a equipe no SCNES. O município poderá monitorar o trâmite do credenciamento por meio do e-gestor.

PARA SABER MAIS:

NOTA TÉCNICA Nº 100/2019-CGFAP/DESF/SAPS/MS Orientações sobre solicitação de credenciamento de equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde:

<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201909/05092634-nt-100-2019-cgfap-desfsapsms.pdf>

Verificar sobre as portarias abaixo:

Portarias recentes! Disponível em: https://aps.saude.gov.br/gestor/financiamento/finan_leg/

PORTARIA Nº 60, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2020 - Define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio.

PORTARIA Nº 804, DE 14 DE ABRIL DE 2020 - Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o fluxo de credenciamento desburocratizado para serviços e equipes de saúde no âmbito da Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

PORTARIA Nº 99, DE 7 DE FEVEREIRO DE 2020 - Redefine registro das Equipes de Atenção Primária e Saúde Mental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

PORTARIA Nº 3.119, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2019 - Altera a Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o fluxo de credenciamento desburocratizado para serviços e equipes de saúde no âmbito da Secretaria de Atenção Primária à Saúde

PORTARIA Nº 1.710, DE 8 DE JULHO DE 2019 - Altera a Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, para instituir o fluxo de credenciamento desburocratizado para serviços e equipes de saúde no âmbito da Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

SUSPENSÃO DE RECURSOS

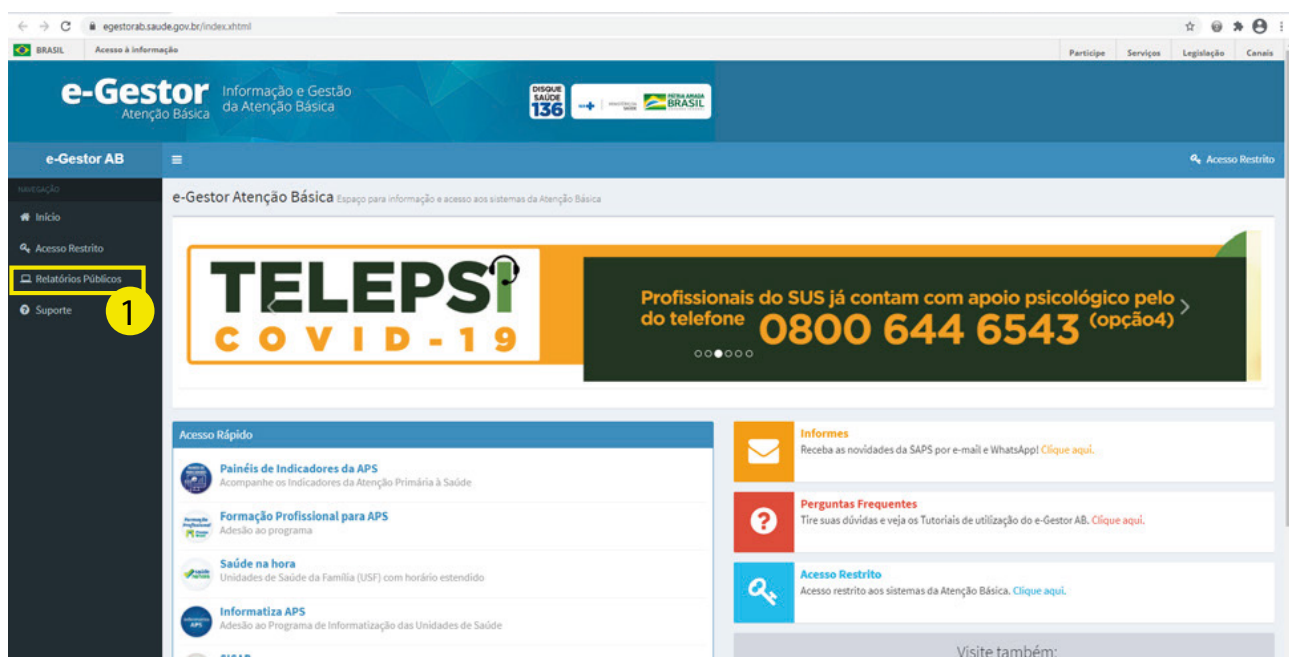
O descumprimento dos critérios previstos na PNAB (2017) para o funcionamento das estratégias e programas, como ESF, ESB, EACS, constatados por meio do monitoramento e/ou supervisão direta do Ministério da Saúde ou das Secretarias Estaduais de Saúde, ou ainda por meio de auditoria do DENASUS e de órgãos de controle competentes, pode ocasionar suspensão do repasse dos recursos específicos referentes às equipes e serviços.

Os motivos de suspensão de recursos podem ser por:

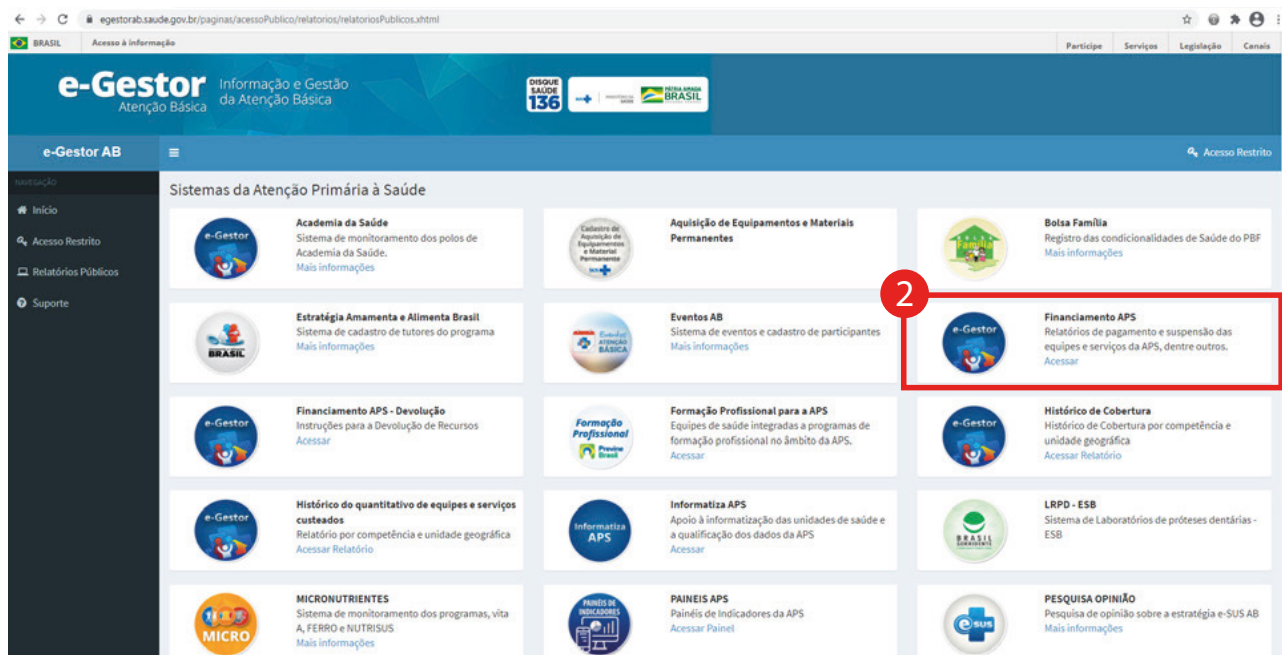
- Duplicidade de cadastro dos profissionais;
- Ocorrência de equipes incompletas;
- Não envio de informação por meio do prontuário eletrônico (e-SUS/SISAB);
- Irregularidades detectadas em fiscalizações ou auditorias de órgãos federais, estaduais e municipais;
- Descumprimento do disposto na Portaria nº 3.566/GM/MS, de dezembro de 2019, que fixa o quantitativo de equipes de Saúde da Família (eSF) e equipe Saúde Bucal 40 horas semanais, vedadas à substituição por equipe de Atenção Primária (eAP) e equipe de Saúde Bucal (eSB) com carga horária diferenciada.

Para verificar as equipes homologadas do seu município, você pode seguir os passos abaixo no site do e-gestor:

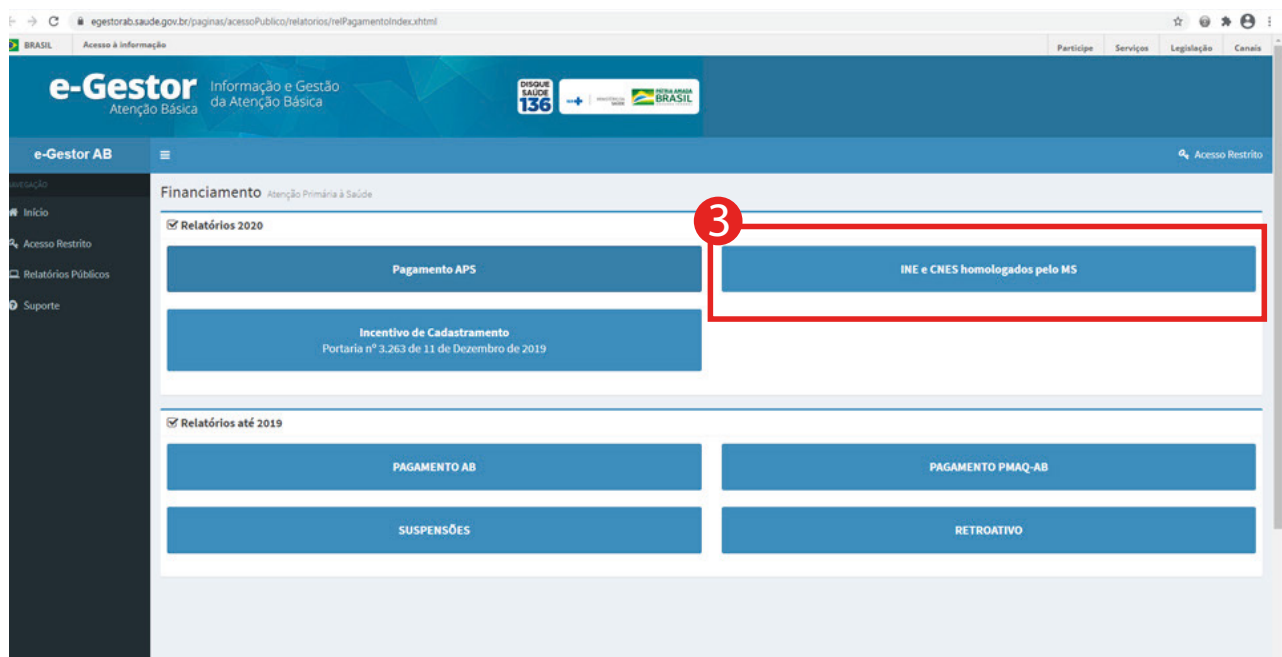
1. Clique em Relatórios Públicos;



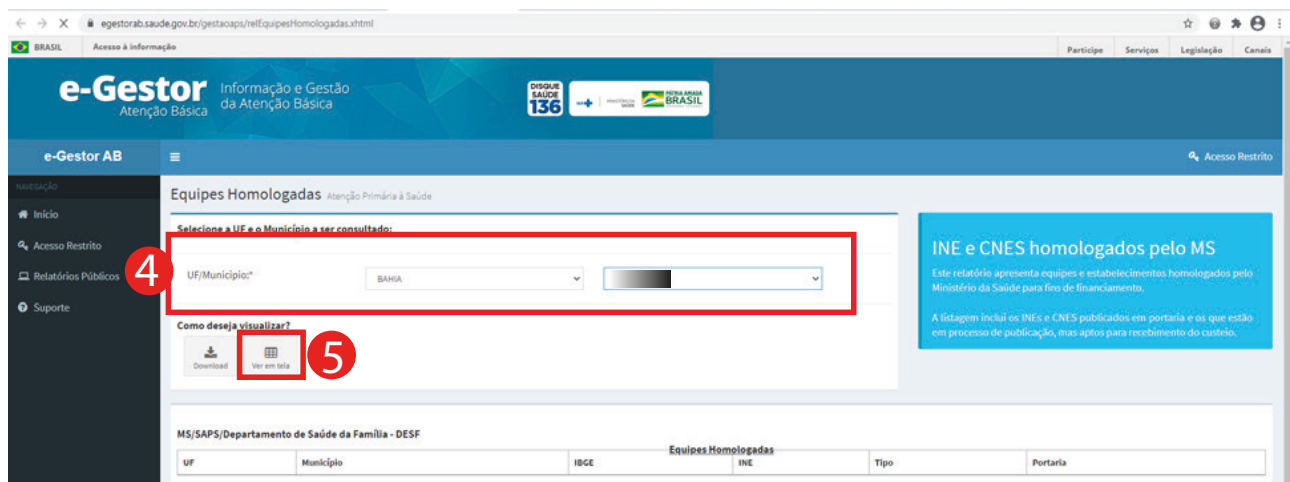
2. Depois clique em financiamento APS;



3. Escolha INE e CNES Homologados pelo MS;



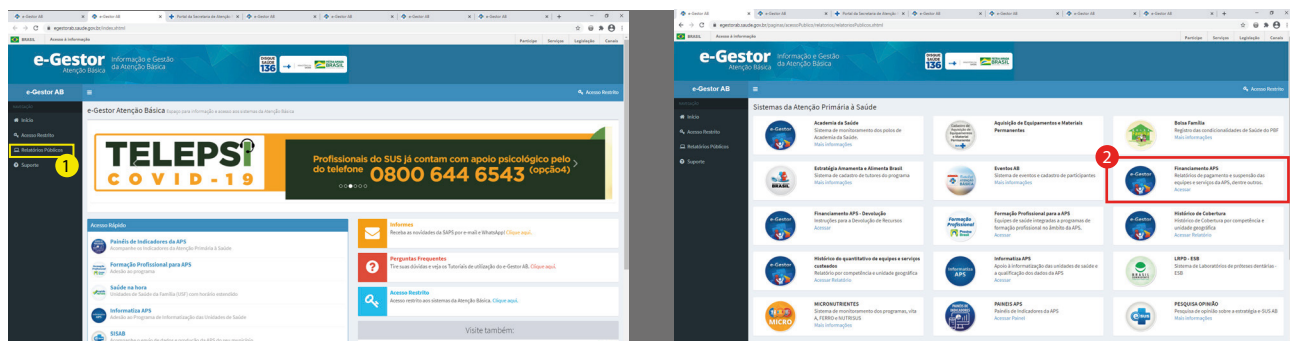
4. Selecione o estado Bahia e o seu município;
5. Você verá as opções de fazer download ou ver em tela.



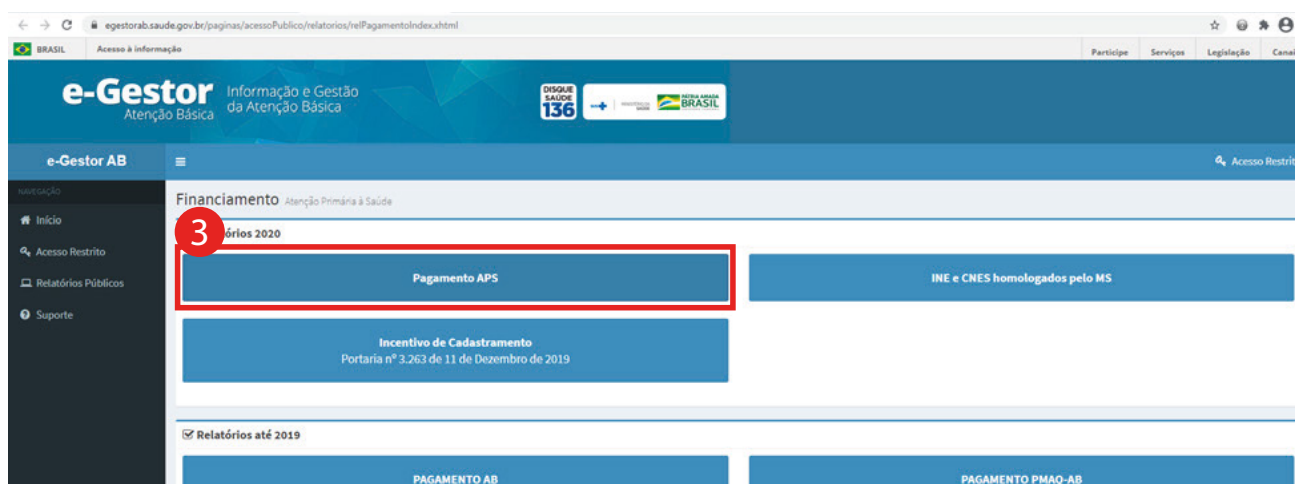
Você verá cada equipe do seu município homologada pelo Ministério da Saúde.

Para verificar se há suspensão de recurso em suas equipes, em outra página da internet, siga então os passos:

1. Clique em Relatórios Públicos;
2. Depois clique em financiamento APS;



3. Escolha Pagamentos APS;



4. Selecione o estado Bahia e o seu município;
5. Selecione um período de competências (ex.: julho/2020 e dezembro/2020);
6. Escolha ver em tela;
7. Você verá o pagamento por componente (capitação ponderada, desempenho, ações estratégicas e outros). Por exemplo, em Capitação Ponderada, observe que para cada mês há uma seta azul que leva a outra página. Clique na seta de um desses meses;

Atenção Básica

e-Gestor AB

Financiamento APS

Unidades Geográficas:

UF: BAHIA Município: [selected]

Selecione a Competência:

Início: JUL/2020 Fim: DEZ/2020

Como deseja visualizar?

Download Ver em tela

Financiamento da APS

Informamos que os valores apresentados neste relatório são referentes ao que o município faz jus a cada competência financeira. Assim, visando aumentar e qualificar a transparência das informações, a partir de agora os valores serão disponibilizados nos relatórios do e-Gestor antes de serem apresentados no site do Fundo Nacional de Saúde - FNS. Os gestores, trabalhadores e usuários do SUS poderão acompanhar os valores efetivamente transferidos pelo Ministério da Saúde por meio do site do Fundo Nacional de Saúde.

Leia mais em:

Financiamento APS

Capitação Ponderada

Capitação Ponderada

Comp.	QLESF Capitação	QLEAP Capitação	QLESF Pagas	QLEAP 20h Pagas	QLEAP 30h Pagas	Valor	Detalhes
DEZ/2020	32	0	30	0	0	R\$ 590.134,16	[blue arrow]

Per capita de transição

Desempenho ISF

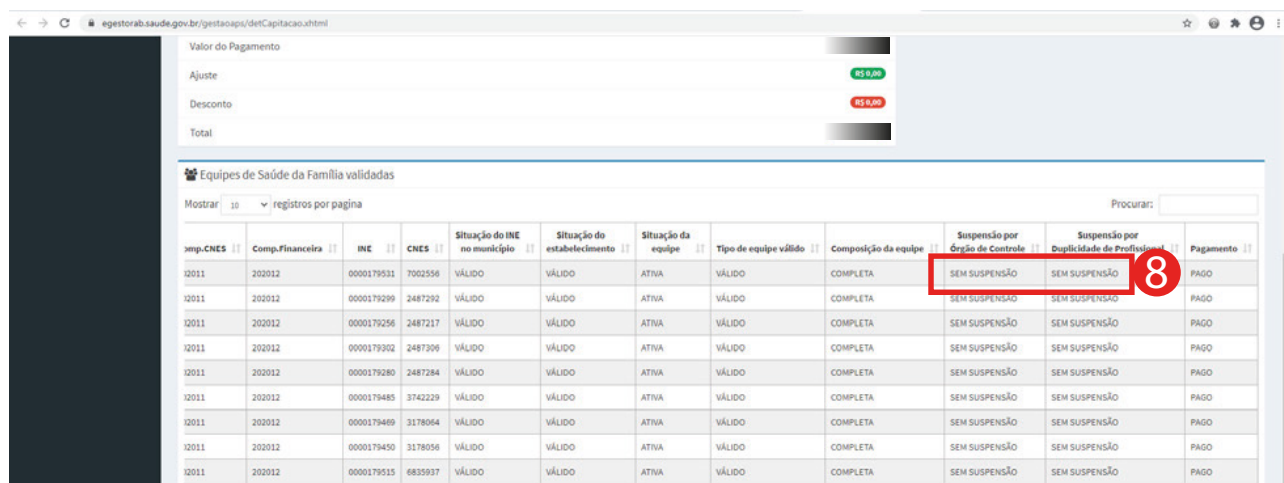
Ações Estratégicas

Agentes Comunitários de Saúde (95% e 5%)

Informatização

Academia da Saúde

8. Você verá a situação de cada equipe naquele mês escolhido: tipo, composição, suspensão e pagamento.



Emp.CNES	Comp.Financeira	INE	CNES	Situação do INE no município	Situação do estabelecimento	Situação da equipe	Tipo de equipe válido	Composição da equipe	Suspensão por Duplicidade de Profissionais	Suspensão por Duplicidade de Profissionais	Pagamento
12011	202012	0000179531	7052556	VÁLIDO	VÁLIDO	ATNA	VÁLIDO	COMPLETA	SEM SUSPENSÃO	SEM SUSPENSÃO	PAGO
12011	202012	0000179289	2487292	VÁLIDO	VÁLIDO	ATNA	VÁLIDO	COMPLETA	SEM SUSPENSÃO	SEM SUSPENSÃO	PAGO
12011	202012	0000179256	2487217	VÁLIDO	VÁLIDO	ATNA	VÁLIDO	COMPLETA	SEM SUSPENSÃO	SEM SUSPENSÃO	PAGO
12011	202012	0000179302	2487306	VÁLIDO	VÁLIDO	ATNA	VÁLIDO	COMPLETA	SEM SUSPENSÃO	SEM SUSPENSÃO	PAGO
12011	202012	0000179280	2487284	VÁLIDO	VÁLIDO	ATNA	VÁLIDO	COMPLETA	SEM SUSPENSÃO	SEM SUSPENSÃO	PAGO
12011	202012	0000179485	3742229	VÁLIDO	VÁLIDO	ATNA	VÁLIDO	COMPLETA	SEM SUSPENSÃO	SEM SUSPENSÃO	PAGO
12011	202012	0000179489	3178064	VÁLIDO	VÁLIDO	ATNA	VÁLIDO	COMPLETA	SEM SUSPENSÃO	SEM SUSPENSÃO	PAGO
12011	202012	0000179450	3178056	VÁLIDO	VÁLIDO	ATNA	VÁLIDO	COMPLETA	SEM SUSPENSÃO	SEM SUSPENSÃO	PAGO
12011	202012	0000179515	6835937	VÁLIDO	VÁLIDO	ATNA	VÁLIDO	COMPLETA	SEM SUSPENSÃO	SEM SUSPENSÃO	PAGO

Havendo dúvidas, entre em contato com a sua equipe de apoio institucional da Diretoria de Atenção Básica.

SAIBA MAIS

PORTARIA Nº 60, DE 26 DE NOVEMBRO DE 2020 - Define as regras de validação das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde, para fins da transferência dos incentivos financeiros federais de custeio.

PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017- Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde.

PORTARIA Nº 2.979, DE 12 DE NOVEMBRO DE 2019- Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

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 Primária à Saúde 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.

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 municipais (GTI-M), pautados na longitudinalidade do cuidado.

As ações em saúde previstas no âmbito do PSE deverão ser desenvolvidas articuladamente entre as equipes de Atenção Primária à Saúde e a rede de educação pública básica (sejam de gestão municipal, estadual ou federal), em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS.

A Portaria nº 1.055, de 2017 estabelece estratégias de execução do programa, que devem ser implementadas levando-se em consideração o nível de ensino, as demandas da escola, do território e a análise de situação de saúde do território.

Conheça as doze ações:

1. Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
2. Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;
3. Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
4. Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;
5. Prevenção das violências e dos acidentes;
6. Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
7. Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
8. Verificação e atualização da situação vacinal;
9. Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesi-

dade infantil;

10. Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração;

11. Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e

12. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração.

O município pode implementar, também, ações que não estão no elenco acima, mas que considerar prioritárias para o contexto local.

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 adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) acontece através do e-Gestor Atenção Básica e se efetiva a partir da publicação de portaria específica, por parte do Ministério da Saúde.

ATENÇÃO

ADESÃO PSE CICLO 2021/2022

Adesão ao ciclo bienal 2021/2022 deve ser realizado no período de 01/12/2020 a 16/02/2021, na plataforma e-Gestor APS, no seguinte link de acesso: egestorab.saude.gov.br

O acesso é restrito ao setor saúde. Os gestores da APS municipal devem habilitar os responsáveis pelo Programa Saúde na Escola no módulo específico do PSE, onde será possível acessar a adesão.

A adesão ao PSE acontece a cada dois anos e é um processo de pactuação de compromissos conjuntos a serem firmados entre os Secretários Municipais de Saúde e Educação com os Ministérios da Saúde e da Educação. Envolve planejamento e definição dos estabelecimentos de ensino que irão participar neste novo biênio.

Ao aderir, os municípios recebem um recurso para custeio das ações, conforme estabelecido a Portaria nº 1.055/2017.

NOVIDADE

Após aderir ao PSE, o município poderá, na sequência, aderir ao Programa **Crescer Saudável** e/ou manifestar interesse na **Estratégia NutriSUS**. Essa adesão e manifestação de interesse não é obrigatória e só acontece após a adesão ao PSE.

Dentro do e-Gestor será disponibilizado manual com passo a passo para adesão ao PSE, Crescer Saudável e NutriSUS.

O Programa Crescer Saudável

Consiste em um conjunto de ações a serem implementadas com o objetivo de contribuir para o enfrentamento da obesidade infantil no país, por meio de ações a serem realizadas no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), para as crianças matriculadas na Educação Infantil (creches e pré-escolas) e no Ensino Fundamental I. As ações que compõem o programa abrangem a vigilância nutricional, a promoção da alimentação adequada e saudável, o incentivo às práticas corporais e de atividade física, e ações voltadas para oferta de cuidados para as crianças que apresentam obesidade.

A Estratégia NutriSUS

A iniciativa tem o objetivo de potencializar o pleno desenvolvimento infantil, a prevenção e o controle da anemia e outras carências nutricionais específicas na infância. A Estratégia NutriSUS ocorre por meio de dois ciclos de fortificação, planejados dentro de um ano letivo em creches públicas ou conveniadas ao poder público. Um ciclo é executado no primeiro semestre do ano e outro ciclo no segundo semestre do ano, com um intervalo de 3 a 4 meses entre eles.

SAIBA MAIS

As portarias, cadernos temáticos e demais informações sobre o programa encontram-se no site <https://aps.saude.gov.br/ape/pse> como também as informações sobre a organização do GTI.

Portal e-Gestor:

<https://egestorab.saude.gov.br/>

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 1.055, DE 25 DE ABRIL DE 2017 Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/prt_1055_25_5_2017.pdf

PROGRAMA ACADEMIA DA SAÚDE

O Programa Academia da Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, foi lançado em 2011 com o objetivo de promover práticas corporais e atividade física, alimentação saudável e educação em saúde, além de contribuir para a produção do cuidado e de modos de vida saudáveis e sustentáveis da população.

O Programa prevê a implantação de polos da Academia da Saúde, que são espaços públicos dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados, 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.

MODALIDADES DE POLOS DA ACADEMIA DA SAÚDE

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

- Modalidade Básica: 250 m² - Valor Repasse para construção: R\$ 90.000,00 (noventa mil reais)
- Modalidade Intermediária: 263,20m² - Valor de Repasse para construção: R\$ 138.000,00 (cento e trinta e oito mil reais)
- Modalidade Ampliada: 451,20 m²- Valor de Repasse para construção: R\$ 240.000,00 (duzentos e quarenta mil reais)

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

IMPORTANTE**QUERO CONSTRUIR ACADEMIA DA SAÚDE EM MEU MUNICÍPIO. COMO FAÇO?**

Atualmente, o recurso para construção dos polos é oriundo de emendas parlamentares e o valor de repasse varia conforme a modalidade do polo a ser construída. Tais valores estão disponíveis no endereço eletrônico: <https://aps.saude.gov.br/ape/academia/construcao> e na Cartilha para Apresentação de Propostas ao Ministério da Saúde 2020, disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Cartilha_FNS_2020_15_5_2020.pdf

COMO CREDENCIAR? E COMO RECEBER O RECURSO DE CUSTEIO MENSAL?

O recebimento do recurso mensal de custeio ocorre após credenciamento do polo. As solicitações de credenciamento devem ser feitas pelo SAIPS (Sistema de Apoio à Implantação de Políticas de Saúde), tanto para os polos construídos pelo SISMOB (Sistema de Monitoramento de Obras), quanto para os outros polos, habilitados como similares. Contudo, o sistema encontra-se temporariamente indisponível para o cadastro de novas propostas, conforme informado pelo Ofício Circular N° 1/2020/CGPROFI/DEPROS/SAPS/MS.

Os gestores municipais conseguem consultar as propostas já cadastradas e responder as diligências, sendo que, neste último caso, os municípios devem estar atentos ao prazo estabelecido para o atendimento da diligência. Assim que o Sistema for reaberto, será informado aos Estados e Municípios.

PARA SABER MAIS

As Portarias vigentes do Programa Academia da Saúde estão dispostas nas Portarias de Consolidação nº 5 e nº 6, de 28 de setembro de 2017:

- Portaria de Consolidação nº 5: Artigo 2º ao 42;
- Portaria de Consolidação nº 6: Artigo 135 ao 141 e Artigo 1.104 ao 1.120.

O acesso a estas Portarias está disponível no site do Programa por meio do seguinte link de acesso: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/acervo/Mjc=>

Manual com orientações sobre o cadastro e outras situações da proposta no SAIPS. Acesso em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/Manual_Academia_da_Saude_SAIPS.pdf

Modelo de ofício para ciência de solicitação de credenciamento. Acesso em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/MODELO_DE_OFICIO_SAIPS_ACADEMIA_DA_SAUDE.pdf

ACESSE O CADERNO TÉCNICO DE APOIO À IMPLANTAÇÃO e IMPLEMENTAÇÃO DA ACADEMIA DA SAÚDE:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/implatacao_academia_saude.pdf

Outras informações estão disponíveis no endereço eletrônico:

<https://aps.saude.gov.br/ape/academia>

PROGRAMA DE REQUALIFICAÇÃO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

O Requalifica UBS foi instituído em 2011 com o objetivo de criar incentivo financeiro para a reforma, ampliação e construção de UBS, como também ações que visam à informatização dos serviços da atenção Básica.

Atualmente, o recurso para construção, reforma e ampliação é oriundo de emendas parlamentares e o valor de repasse pode ser consultado na Cartilha para Apresentação de Propostas ao Ministério da Saúde 2020: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Cartilha_FNS_2020_15_5_2020.pdf

Por meio do SISMOB (Sistema de Monitoramento de Obras), é possível acompanhar o andamento das obras, sendo importante que as informações estejam atualizadas no sistema para a garantia da continuidade dos repasses realizados pelo Ministério da Saúde. Assim que o Sistema for reaberto, será informado aos Estados e Municípios.

Para acesso ao SISMOB:

<https://sismob.saude.gov.br/sismob2/#>

LEGISLAÇÃO ESPECÍFICA:

Portaria de Consolidação nº 06, de 28 de setembro de 2017. Acesso em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html

DOCUMENTOS IMPORTANTES:

Guia de Sinalização das Unidades e Serviços do SUS:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_Sinalizacao_USF_2020.pdf

Manual Instrutivo Requalifica UBS:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/ubs/requalifica_ubs_manual_instrutivo.pdf

Outros materiais, acesse o site do Ministério da Saúde:

<https://aps.saude.gov.br/ape/requalificaUbs>

SISTEMA DE INFORMAÇÃO PARA A ATENÇÃO BÁSICA (SISAB) E-SUS

O Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SI-SAB) 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, em substituição ao Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

O SISAB 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.

Para alimentar o SISAB, o MS disponibiliza o e-SUS AB, que capta os dados das atividades das equipes de Atenção Básica. O e-SUS AB compreende dois tipos de softwares, que são usados conforme o grau de informatização da equipe. São eles:

- Coleta de Dados Simplificado (CDS): utilizado em unidades sem computador ou com apenas um computador. Esse é o sistema de transição/contingência, que apoia o processo de coleta de dados por meio de fichas e sistema de digitação;
- Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC): sistema com prontuário eletrônico, que tem como principal objetivo apoiar o processo de informatização das UBS, e
- Aplicativos (App) para dispositivos móveis: atualmente estão disponíveis o Aplicativo e-SUS APS Atividade Coletiva, Aplicativo e-SUS APS Território e Aplicativo e-SUS AD (Atenção Domiciliar).

O e-SUS AB pode ser utilizado por todos os profissionais que compõem as equipes de AB, assim como pelas equipes de Consultório na Rua, de Atenção à Saúde Prisional e da Atenção Domiciliar e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica, contemplando ainda os profissionais que realizam ações no âmbito de programas como o Saúde na Escola e a Academia da Saúde.

Por meio do e-SUS, podem ser gerados os relatórios de cadastros, de produção e os operacionais, permitindo que as ações desenvolvidas no território possam ser planejadas, monitoradas e avaliadas pelos gestores, coordenadores e pela própria equipe da Atenção Básica.

O acompanhamento das informações enviadas ao SISAB ocorre por meio do e-Gestor AB (<https://egestorab.saude.gov.br/>). Na par-

te de Acesso Restrito, o gestor terá acesso aos seguintes relatórios:

- Envio de dados ao SISAB;
- Processamento/Validação;
- Saúde;
- Cadastro;
- Indicadores de Desempenho.

SAIBA MAIS

Informações e diversos materiais sobre o e-SUS e SISAB estão disponíveis em:

<http://aps.saude.gov.br/ape/esus>"<http://aps.saude.gov.br/ape/esus>

Para acessar o SISAB pelo e-Gestor AB acesse o endereço:

<https://egestorab.saude.gov.br/>"<https://egestorab.saude.gov.br/>

Para tirar dúvidas e reportar algum problema com o sistema e-SUS e SISAB acesse o endereço:

<http://esusaps.bridge.ufsc.br/support/home>

ATENÇÃO

Para entrar em Acesso Restrito, o gestor local deve ser registrado com o perfil de SISAB, por meio do nome de usuário e senha da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), onde o usuário é o CNPJ da SMS e a senha é a mesma do Fundo Municipal de Saúde (FMS).

INFORMATIZA APS

O Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS - foi instituído pela Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019, que alterou as Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017.

Esse programa tem como objetivo apoiar o processo de informatização de todas as unidades de atenção primária do país, com vistas à implantação do sistema de prontuário eletrônico em todos os consultórios das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS).

O Informatiza APS faz parte da estratégia de saúde digital do Ministério da Saúde, o Conecte SUS. O investimento na tecnologia da informação vai subsidiar a gestão dos serviços de saúde e a melhoria da clínica.

Quem pode aderir?

- equipes de Saúde da Família (eSF) informatizadas e;
- equipes de Atenção Primária (eAP) informatizadas.

Quem é informatizado?

Equipes que, em pelo menos uma das três competências anteriores à solicitação de adesão ao Programa Informatiza APS, tiverem enviado informações ao Ministério da Saúde provenientes do sistema de prontuário eletrônico.

Onde é realizada a adesão?

É realizada na plataforma <https://egestorab.saude.gov.br/>

Primeiro será necessário verificar se a equipe está elegível para adesão. Caso a equipe esteja elegível, então, o gestor municipal deverá entrar na área de Acesso Restrito do e-Gestor AB e fazer a adesão das equipes elegíveis.

Qual o valor deste financiamento?

Tipologia do município	Valor mensal por equipe de Saúde da Família (eSF)	Valor mensal por equipe de Atenção Primária (eAP) - modalidade I	Valor mensal por equipe de Atenção Primária (eAP) - modalidade II
1. Urbano	R\$1.700,00	R\$1.275,00	R\$850,00
2. Intermediário Adjacente	R\$2.000,00	R\$1.500,00	R\$1.000,00
3. Intermediário Remoto			
4. Rural Adjacente	R\$2.300,00	R\$1.725,00	R\$1.150,00
5. Rural Remoto			

Monitoramento

Os parâmetros mínimos de quantidade e qualidade serão estabelecidos anualmente por nota técnica, conforme a Portaria nº 2.983, de 11 de novembro de 2019, e serão considerados por eSF e eAP.

Esta Nota Técnica passa a valer a partir da sua data de publicação. Cabe ressaltar que os parâmetros estabelecidos são critérios mínimos com a finalidade exclusiva de averiguar se as eSF ou eAP com o uso de prontuário eletrônico estão enviando dados adequadamente.

Serão considerados para monitoramento a quantidade de dados enviados unicamente por meio de sistema de prontuário eletrônico e o preenchimento dos campos obrigatórios de acordo com modelo de informação da estratégia e-SUS APS para cada atendimento.

SAIBA MAIS

PORTARIA Nº 2.983, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2019: Institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS, por meio da alteração das Portarias de Consolidação nº 5/GM/MS e nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Acesso em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.983-de-11-de-novembro-de-2019-227652196>

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 CNES possui as seguintes finalidades:

1. Cadastrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde e suas dimensões, como recursos físicos, trabalhadores e serviços;
2. Disponibilizar informações dos estabelecimentos de saúde para outros sistemas de informação;
3. Ofertar para a sociedade informações sobre a disponibilidade de serviços nos territórios, formas de acesso e funcionamento;
4. Fornecer informações que apoiem a tomada de decisão, o planejamento, a programação e o conhecimento pelos gestores, pesquisadores, trabalhadores e sociedade em geral, acerca da organização, existência e disponibilidade de serviços, força de trabalho e capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde e territórios.

Critérios mínimos de um Estabelecimento de Saúde

Estabelecimento de saúde para o CNES se trata de espaço físico delimitado e permanente onde são realizadas ações e serviços de saúde humana sob responsabilidade técnica.

Os fatores mínimos para se considerar uma edificação como um estabelecimento de saúde são:

- Ter espaço físico delimitado e permanente: está relacionado à infraestrutura necessária para se considerar um espaço como estabelecimento de saúde.
- Abrigar a realização de atividades: há a intenção de que se entenda a obrigatoriedade do efetivo funcionamento, já que não se pode afirmar qual a finalidade de uma instalação física que não esteja em execução de suas atividades.
- Realizar ações e serviços de saúde de natureza humana: refere-se à necessidade de que o estabelecimento de saúde realize “ações e serviços de saúde humana”, permitindo que a saúde seja entendida em seu amplo espectro, possibilitando a identificação de estabelecimentos que realizam ações

de vigilância, regulação ou gestão da saúde, e não somente estabelecimentos de caráter assistencial.

- Responsabilidade técnica: refere-se à existência de figura de uma pessoa física, legalmente responsável por desempenhar ações e serviços de saúde.

Aplicativos do SCNES

O SCNES possui dois aplicativos para registro das informações dos estabelecimentos: O SCNES Completo e o SCNES Simplificado.

O sistema do CNES possui particularidades a serem verificadas no momento da instalação, para cada versão do Windows.

Veja o Guia de Instalação dos Sistemas – CNES, disponível em saude.gov.br.

Os artigos 371 e 372 da Portaria de Consolidação nº 01/GM/MS/2017 estabelecem que a atualização do cadastro de estabelecimentos de saúde deverá ocorrer em meio eletrônico, no mínimo com periodicidade mensal, ou sempre que houver alterações nas informações.

O aplicativo do SCNES completo de cadastramento foi criado principalmente para o cadastramento de estabelecimentos prestadores de serviços de grande porte ou complexidade. Esse aplicativo contempla todos os tipos de estabelecimento de saúde passíveis de cadastro.

O aplicativo do SCNES Simplificado tem por objetivo facilitar o cadastramento de estabelecimentos de saúde do tipo consultório isolado no SCNES.

Para o cadastramento das informações destes estabelecimentos, deverão ser incluídas todas as informações referentes à identificação, conforme constante na Receita Federal do Brasil (RFB) e que possuam situação cadastral ativa, além de informar a instalação física, equipamentos disponíveis, o serviço especializado ofertado à população.

Para obtenção da versão SCNES, o usuário deve acessar o Portal SCNES, no menu “Download/Aplicativos/ Versão SCNES”.

Para acessar o guia de preenchimento dos dados do CNES Completo e Simplificado, acesse SCNES - Guia de Preenchimento – CNES disponível em:
<http://cnes.datasus.gov.br/pages/downloads/documentacao.jsp>

Fluxo de envio de informações ao SCNES

O fluxo para o cadastro do estabelecimento de saúde é de gestão estadual ou municipal.

A gestão municipal, após verificação das informações, encaminha os dados para o Banco de Dados do CNES Nacional. No caso de unidades com Dupla Gestão, a gestão municipal, após verificação das informações, encaminha ao gestor estadual, que encaminha ao Banco de Dados do CNES Nacional.

Deve-se observar atentamente as datas disponibilizadas no cronograma de envio, que fornece as datas de disponibilização das versões mensais do CNES e a data de encerramento de cada competência. Esse cronograma pode ser encontrado no Portal CNES, Cronograma – CNES, disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/aceso-rapido/cronograma.jsp>

Portal do CNES

O acesso ao Portal CNES se dá pelo endereço

<http://cnes.datasus.gov.br/>.

O Portal CNES destina-se a publicar dados de todos os estabelecimentos de saúde, estejam eles ativos, desativados ou com críticas na base nacional. Todo cidadão pode usufruir das consultas públicas disponíveis neste Portal.

O menu de navegação no site é composto por Acesso Rápido, Downloads, Informes e Legislação. Na tela principal, existem ainda atalhos para a consulta dos estabelecimentos e para a consulta de profissionais, além do acesso à Área Restrita do gestor.

Para acessar as orientações dos menus disponíveis no Portal CNES:

https://wiki.saude.gov.br/cnes/index.php/P%C3%A1gina_principal

A partir do Programa Previne Brasil, o Ministério da Saúde passou a pagar o custeio da Atenção Primária por Identificador Nacional de Equipes (INE) e pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O código do INE funciona como o CPF de cada equipe.

A Portaria nº 47, de 19 de dezembro de 2019, que dispõe sobre os códigos referentes à Identificação Nacional de Equipe (INE) e ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) das equipes ou serviços de Atenção Primária à Saúde, tem o objetivo de possibi-

litar um melhor acompanhamento, monitoramento e avaliação das estratégias, melhorando a transparência das informações para os gestores municipais.

Os códigos de cada equipe e serviço são publicados em portarias. Após essa publicação, não será mais permitida a alteração ou substituição dos códigos INE e CNES, sob pena de suspensão da transferência do incentivo financeiro referente à equipe ou ao serviço.

Para consultar o INE e CNES já credenciados acesse:

<https://egestorab.saude.gov.br/gestaoaps/relEquipesHomologadas.xhtml>

A partir da Portaria nº 99, de 07 de fevereiro de 2020, que define nova classificação de Tipo de Equipe de Saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde, as equipes de Saúde Bucal passaram a ter seu próprio INE. O código do INE de cada equipe de Saúde Bucal será publicado em portaria, que também não deverá ser alterado após seu credenciamento.

Conforme estabelecido na Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019, na Seção V, o repasse financeiro será conforme a composição mínima da equipe cadastrada no CNES. Se a equipe não estiver completa, o município receberá o valor proporcional definido na portaria para a composição da equipe ativa na competência CNES. A suspensão permanecerá até adequação da equipe mínima estabelecida.

As informações do CNES estão intrinsecamente ligadas ao repasse de recurso, por isso, o município deve ter maior atenção com os dados referentes a carga horária, vínculo do profissional, tipo de estabelecimento e tipo de equipe.

IMPORTANTE

ENTRE EM CONTATO

As dúvidas sobre cadastramento de equipes ou inconsistências no CNES devem ser enviadas diretamente ao Núcleo de Cadastramento de Estabelecimentos, por meio do e-mail cnes@saude.gov.br.

Para treinamento do SCNES no Estado da Bahia, ligar para (71) 3115 4109.

SAIBA MAIS

Portaria de Consolidação nº 1, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Acesso em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0001_03_10_2017.html

Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Acesso em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (PICS)

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

Esse entendimento quanto à integralidade justifica a necessidade de implantação e implementação de outras racionalidades médicas (conhecidas também por sistemas médicos complexos) e recursos terapêuticos, para além da racionalidade biomédica vigente. Nesse contexto, priorizam-se outras lógicas de cuidado, por meio da complementaridade de olhares e saberes, que ampliem a resolubilidade, prioritariamente no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Os sistemas médicos complexos são compreendidos enquanto abordagens do campo das PIC que possuem teorias próprias sobre o processo saúde-doença, diagnóstico e terapêutica (LUZ, 2003), já os recursos terapêuticos correspondem àqueles instrumentos utilizados nos diferentes sistemas médicos complexos.

Os sistemas médicos complexos 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 (BRASIL, 2015).

Com a publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), em 2006, a Homeopatia, as plantas medicinais e fitoterápicas, a Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, a Medicina Antroposófica e o termalismo social/crenoterapia foram institucionalizados no Sistema Único de Saúde (SUS), enfatizando a Atenção Básica como foco prioritário de inserção das PICS.

Em 2017, intensificou-se a PNPIC, por meio de portarias ministeriais, com a inserção de mais 14 práticas e, no ano seguinte, em 2018, houve a inclusão de mais 10 modalidades, totalizando um quantitativo de 29 práticas que ampliaram o escopo de PICS ofertadas no SUS.

A seguir, estão descritas as 29 práticas integrativas e complementares que podem ser ofertadas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas unidades básicas de saúde: **Apiterapia; Aromaterapia; Arterapia; Ayurveda; Biodança; Bioenergética; Constelação Familiar; Cromoterapia; Dança Circular; Geoterapia; Hipnoterapia; Homeopatia; Imposição de mãos; Medicina Antroposófica/ Antroposofia aplicada à saúde; Medicina Tradicional**

Chinesa/Acupuntura;; Meditação; Musicoterapia; Naturopatia; Osteopatia; Ozonioterapia; Plantas Medicinais – Fitoterapia; Quiropraxia; Reflexoterapia; Reiki; Shantala; Terapia Comunitária Integrativa; Terapia de Florais; Termalismo Social / Crenoterapia; Yoga.

PARA SABER MAIS

Para conhecer cada uma delas, acesse o site do Ministério da Saúde:

<https://saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>

No estado da Bahia, foi construída coletivamente, a partir de ampla mobilização social e intersetorial, a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia (PEPICS-BA), aprovada em 19 de junho de 2019, por meio de Resolução CIB-BA nº 113/2019. O objetivo da Política é ampliar o acesso às PICS no SUS, na perspectiva da compreensão do cuidado integrativo e mais ampliado (promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde), em todos os níveis de atenção para a população do estado da Bahia.

Evidências científicas têm mostrado os benefícios do tratamento integrado entre medicina convencional e práticas integrativas e complementares, como pode ser acompanhado por meio do Observatório de PICS. Além disso, há um crescente número de profissionais capacitados e habilitados e maior valorização dos conhecimentos tradicionais de onde se originam grande parte dessas práticas.

Não existe uma adesão à PNPIC: a política traz diretrizes gerais e orientadoras para a inserção das práticas nos diversos serviços. As práticas integrativas e complementares são ações de cuidado transversais, ou seja, podendo ser realizadas em todos os níveis de atenção à saúde: atenção básica, média e alta complexidade.

Compete ao gestor municipal elaborar normas técnicas para inserção da PNPIC na rede municipal de saúde e definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação das práticas integrativas. Dessa maneira, é de competência exclusiva do município a contratação dos profissionais e a definição das práticas a serem ofertadas.

SAIBA MAIS Sobre as PICS acessando os seguintes documentos:

Portaria MS/GM nº 971, de 03 de maio de 2006 - aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html

Resolução CIB-BA nº 113, de 19 de junho de 2019 - aprova a Política Estadual de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde na Bahia (PEPICS-BA). DOE Nº 22.685, 20 de junho de 2019:

http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/PEPICS_BA_Documento_Final_09_12_19_Para_Divulgacao.pdf

Manual de Implantação de serviços de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (BRASIL, 2018) - orienta os gestores do SUS acerca de um modelo de Plano de Implantação das PICS:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_implantacao_servicos_pics.pdf

Glossário Temático Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (BRASIL, 2018) - reúne os principais vocábulos utilizados na linguagem do campo de atuação dessa área técnica:

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/12/glossario-tematico.pdf>

ObservaPICS (Observatório Nacional de Saberes e Práticas Tradicionais, Integrativas e Complementares em Saúde) - corresponde a um espaço virtual do Observatório, um canal para partilhar experiências e conhecimento sobre uma forma mais ampla de cuidado no SUS. Acesso em:

<http://observapics.fiocruz.br/>

Acesse cursos ofertados sobre PICS:

<https://aps.saude.gov.br/ape/pics/cursos>

IMPORTANTE**COMO POSSO BUSCAR APOIO?**

Você pode buscar apoio diretamente com a equipe da Diretoria de Gestão do Cuidado / Coordenação de Políticas Transversais – CPT / Área Técnica de Práticas Integrativas Complementares – ATPIC pelos seguintes contatos:

Tel: (71) 3115-4382 Fax: (71) 3115-8421

E-mail: dgc.pics@saude.ba.gov.br

Também poderá acessar a equipe de AI da Diretoria de Atenção Básica da sua região ou equipe de Teleconsultores do TelessaúdeBA, para Esclarecimento de dúvidas. Acesse: <http://plataforma-telessaude.saude.ba.gov.br/>

ATENÇÃO:

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

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

A Assistência Farmacêutica (AF), na sua Política Nacional, é descrita como um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional.

O desenvolvimento das ações de AF envolve a execução de tais etapas: seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação da utilização dos medicamentos. A AF envolve ainda ações de pesquisa, do desenvolvimento e da produção de medicamentos e insumos.

No âmbito da Atenção Básica (AB), o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) é relevante para orientar a aquisição de medicamentos e insumos relacionados aos agravos de alta prevalência que acometem a população e que necessitam de cuidados de menor complexidade tecnológica.

O CBAF é normatizado pela Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução desse componente no âmbito do SUS. Tendo em vista que o financiamento do CBAF é tripartite, a União, os Estados, Distrito Federal e os municípios devem destinar, no mínimo, os seguintes valores de seus orçamentos por habitante /ano: União – R\$ 5,58/ Estados – R\$ 2,36/ Municípios – R\$ 2,36. 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).

No tocante às responsabilidades dos entes, destaca-se que cabe ao Ministério da Saúde a aquisição e distribuição das insulinas humanas (NPH e regular) e dos dispositivos contraceptivos que são entregues no CAF (Centro de Abastecimento Farmacêutico) dos Estados, a quem compete distribuí-los aos municípios. Entretanto, os municípios das capitais e aqueles com população maior que 500 mil habitantes recebem os contraceptivos diretamente dos fornecedores contratados pelo Ministério da Saúde.

Com os recursos da CBAF também podem ser adquiridos medicamentos fitoterápicos e insumos homeopáticos constantes na Farmacopéia Homeopática Brasileira. 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.

Nessa perspectiva, há de se ressaltar que os serviços farmacêuticos na AB estão estruturados nos seguintes pilares: planejamento, abastecimento e cuidado farmacêutico.

No Estado do Bahia, destaca-se a Resolução CIB nº 49/2015, que aprova o elenco de referência de medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica para execução das contrapartidas federal, estadual e municipais. Tal resolução estabelece ainda que o recurso referente à contrapartida estadual é repassado pelo Estado anualmente, por meio de fornecimento trimestral de medicamentos e insumos do elenco de referência.

SAIBA MAIS

Lei nº. 12.401/2011 - Dispõe sobre a assistência terapêutica e incorporação de tecnologias em saúde no SUS. Acesse em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm#:~:text=Alterar%20a%20Lei%20n%C2%BA%208.080,Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20%2D%20SUS.&text=%E2%80%9CArt.&text=A%20assist%C3%AAncia%20terap%C3%AAutica%20integral%20a,do%20inciso%20I%20do%20art.

Portaria GM/MS Nº 2001/2017 - Dispõe sobre as normas do financiamento e de execução da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2001_15_08_2017.html#:~:text=Alterar%20a%20Portaria%20n%C2%BA%201.555,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\).&text=.%22%20\(NR\)-,Art.,na%20data%20de%20sua%20publica%C3%A7%C3%A3o.](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2001_15_08_2017.html#:~:text=Alterar%20a%20Portaria%20n%C2%BA%201.555,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS).&text=.%22%20(NR)-,Art.,na%20data%20de%20sua%20publica%C3%A7%C3%A3o.)

Resolução CFF nº 578/2013 - Regulamenta as atribuições técnico gerenciais do farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica no âmbito do SUS:

http://www.editoralex.com.br/legis_24697524_RESOLUCAO_N_578_DE_26_DE_JULHO_DE_2013.aspx

PARA MAIS INFORMAÇÕES!

DASF - Diretoria da Assistência Farmacêutica (71) 3115-4383 / dasf.diretoria@saude.ba.gov.br

CAFAB - Coordenação de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (71) 3115-4328 / dasf.afbasica@saude.ba.gov.br

PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

O Programa Bolsa Família (PBF) é um programa de transferência de renda do Governo Federal, instituído pela Lei Federal nº 10.836. É um programa da Secretaria Nacional de Renda de Cidadania (Senarc), que contribui para o combate à pobreza e à desigualdade no Brasil por buscar garantir às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza o acesso a direitos de forma articulada com outras ações a fim de estimular o desenvolvimento das famílias nessas condições.

As famílias extremamente pobres são aquelas que têm renda mensal de até R\$ 89,00 por pessoa. As famílias pobres são aquelas que têm renda mensal entre R\$ 89,01 e R\$ 178,00 por pessoa. As famílias pobres participam do programa, desde que tenham em sua composição gestantes e crianças ou adolescentes entre 0 e 17 anos. Em todo Brasil, mais de 13 milhões de famílias são atendidas pelo programa, que busca:

- Combater a fome e promover a segurança alimentar e nutricional;
- Combater a pobreza e outras formas de privação das famílias;
- Promover o acesso à rede de serviços públicos, em especial, saúde, educação, segurança alimentar e assistência social.

Para se candidatar ao programa, é necessário que a família esteja inscrita no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal, com seus dados atualizados há menos de 2 anos. O cadastramento é um pré-requisito, mas não implica na entrada imediata das famílias no Programa, nem no recebimento do benefício. Mensalmente, o MC – Ministério da Cidadania seleciona de forma automatizada as famílias que serão incluídas para receber o benefício.

Requisitos

- Inclusão da família, pela prefeitura, no Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal;
- Seleção pelo Ministério da Cidadania;
- No caso de existência de gestantes, é necessário o comparecimento às consultas de pré-natal, conforme calendário preconizado pelo Ministério da Saúde (MS);
- Participação em atividades educativas ofertadas pelo MS so-

- bre aleitamento materno e alimentação saudável, no caso de inclusão de nutrizes (mães que amamentam);
- Manter em dia o cartão de vacinação das crianças de 0 a 7 anos;
- Acompanhamento da saúde de mulheres na faixa de 14 a 44 anos;
- Garantir frequência mínima de 85% na escola, para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos, e de 75%, para adolescentes de 16 e 17 anos.

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 à 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, 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 na Estratégia 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. Neste sentido, os ACS podem contribuir com a busca ativa para manter o acompanhamento contínuo das condicionalidades de saúde e para captação das famílias em condição de pobreza e extrema pobreza, visando sua inclusão no programa para romper com o ciclo intergeracional da pobreza.

Como essas famílias podem ter maior dificuldade de acesso e de frequência aos serviços de Saúde, a agenda de saúde do PBF no SUS compreende a oferta de serviços para a realização do pré-natal pelas gestantes, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e a imunização das crianças menores de 7 anos.

Desta forma, as beneficiárias mulheres com idade entre 14 e

44 anos e as crianças menores de 7 anos de idade deverão ser assistidas por uma equipe de Saúde da Família, que proverá os serviços necessários ao cumprimento das ações previstas neste programa para as famílias beneficiárias.

A equipe de saúde tem um papel chave nesse processo, tanto no acompanhamento do público PBF com perfil saúde quanto na identificação de gestantes elegíveis para recebimento do Benefício Variável à Gestante (BVG). Esta identificação é feita por meio do Sistema do Programa Bolsa Família na Saúde, no e-Gestor AB. Com a implementação deste benefício, há um aumento da proteção à mãe e do bebê.

A captação precoce das beneficiárias gestantes pelo serviço de saúde para a realização do pré-natal é fundamental e quanto mais rápido isso ocorrer, mais rapidamente a família passará a receber este benefício.

Para facilitar este processo, a cada vigência, a Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição - CGAN/DAB/SAS/MS constrói uma estimativa de gestantes com o intuito de nortear o serviço de saúde na busca ativa e captação precoce de gestantes no município.

Outro benefício para as gestantes é o acesso a repelente, que é distribuído pelo Ministério da Saúde. A distribuição de repelente visa oferecer às gestantes integrantes de famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família (PBF) proteção individual contra as principais arboviroses urbanas -Dengue, Zika e Chikungunya-, transmitidas pelo mosquito *Aedes Aegypti* e comprovadamente relacionadas à ocorrência de microcefalia em nascituros. Os municípios têm autonomia para definirem o fluxo de dispensação, podendo este ocorrer em Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou outros.

É importante que a gestão municipal estimule as famílias a manter as crianças e adolescentes nas escolas. O MEC (Ministério da Educação) é responsável pelo acompanhamento da frequência escolar mínima obrigatória de crianças, adolescentes e jovens na faixa etária de 06 a 17 anos, que é feito em 05 (cinco) períodos de coleta e registro da frequência escolar por ano (fevereiro/março, abril/maio, junho/julho, agosto/setembro e outubro/novembro), em parceria com os estados, municípios e DF. O resultado de cada período é disponibilizado para o MDSA (Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário), que utiliza os dados e informações na gestão do programa.

SAIBA MAIS

LEI Nº 10.836, DE 9 DE JANEIRO DE 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências.

Acesso em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l10.836.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2010.836%2C%20DE%209%20DE%20JANEIRO%20DE%202004.&text=Cria%20o%20Programa%20Bolsa%20Fam%C3%ADlia,Art.

PROGRAMA DE PROVISÃO DE MÉDICOS PARA A ATENÇÃO BÁSICA

Os Programas de Provisão são estratégias para prover profissionais para atuar na Atenção Básica, especialmente em locais de difícil acesso, como zonas rurais, Distrito Sanitário Especial Indígena, áreas Quilombolas e periferias urbanas. Atualmente, estão vigentes o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e o Programa Médicos pelo Brasil (PMB).

Os programas de provisão têm 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.

Programa Mais Médicos para o Brasil

O Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) foi lançado em 2013 e instituído pela Lei 12.871/2013, visando 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 para o 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 em unidades de saúde da Atenção Básica por 40 horas semanais.

IMPORTANTE

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

A gestão do PMM é realizada através do Sistema de Gerenciamento de Programas (SGP), que é um sistema do Ministério da Saúde, no qual gestores municipais e profissionais médicos realizam as adesões e inscrições nos Programas de Provisão de Médicos. Acesse por meio do link:

<https://maismedicos.saude.gov.br/loginExt.php>

Para conhecer toda a Legislação do PMM, acesse:

<http://maismedicos.gov.br/legislacao>

IMPORTANTE

Últimos editais do PMM

Para reforçar a capacidade assistencial da APS, foi aberto o Edital de Adesão n.º 09 de 12 de março – para médicos com CRM ou diploma revalidado no Brasil (CRM Brasil) passarem a ocupar os postos de trabalho nas equipes pelo período de um ano e com a possibilidade de realizarem plantão dentro da carga horária prevista de 40 horas semanais.

Publicado o Edital n.º 10, de 19 de Maio de 2020 – que prorroga por mais 1 ano a adesão dos médicos formados em Instituições de Educação Superior brasileiras ou com diploma revalidado no Brasil (CRM Brasil) e médicos brasileiros formados em instituições de educação superior estrangeiras, com habilitação para exercício da medicina no exterior (intercambista individual), participantes do Projeto Mais Médicos para o Brasil por meio da chamada regida pelo Edital SGTES/MS n.º 3, de 19 de abril de 2017 (14º ciclo), que possuem encerramento das atividades entre os meses de junho de 2020 e março de 2021.

Publicado o Edital n.º 9, de 26 de março de 2020 (20º ciclo) - Chamamento público de médicos intercambistas, oriundos da cooperação internacional, para reincorporação ao Projeto Mais Médicos para o Brasil, nos termos do art. 23-A da Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013, acrescido pelo art. 34 da Lei n.º 13.958, de 18 de dezembro de 2019.

Os novos editais podem ser acessados no endereço eletrônico:

<http://maismedicos.gov.br/editais-abertos-anteriores>

Para saber mais sobre o Programa Mais Médicos, acesse:

<http://maismedicos.gov.br/>

A Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) implantou, também no mês de março de 2020, um sistema de credenciamento para financiar residências médicas e multiprofissionais em saúde da família, a fim de propiciar o fortalecimento desse tipo de programa, que garante importante impacto no acesso e na qualidade da APS.

Programa Médicos pelo Brasil (PMB)

Foi instituída a Lei Federal Nº 13.958, DE 18 DE DEZEMBRO DE 2019, que cria o programa Médicos pelo Brasil, lançado em agosto de 2019, em substituição gradual ao programa Mais Médicos.

O Decreto nº 10.283, de 20 de março de 2020, que institui o Serviço Social Autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde – ADAPS, será responsável pela seleção e contratação dos profissionais que atuarão no programa.

Com o Decreto, as medidas para implantação da agência poderão ser implementadas e, conseqüentemente, a seleção dos médicos do PMB – com vínculo CLT, com vagas melhor dimensionadas, e modelo de carreira que conta com avaliação de desempenho e gratificação para atuação em áreas remotas –, poderá acontecer antecipadamente.

A estrutura do novo programa de provimento médico incorpora, também, a mesma estratégia de manter o profissional em formação nos dois primeiros anos sob supervisão de um médico especialista em medicina de família e comunidade.

Os médicos serão selecionados por meio de processo seletivo eliminatório e classificatório que contemplará duas funções diferentes: médicos de família e comunidade e tutor médico.

Os profissionais aprovados ingressam por meio de contratação via CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), e ficam responsáveis pelo atendimento à população nas USF a que foram designados ou pela supervisão dos demais médicos ingressantes no Programa Médicos pelo Brasil, durante o período do curso de especialização.

Ao longo dos dois primeiros anos no Médicos pelo Brasil, os profissionais realizarão o curso de especialização, recebendo bolsa-formação no valor de R\$ 12 mil mensais líquidos, com gratificação de R\$ 3 mil adicionais para locais remotos (rurais e intermediários) e de R\$ 6 mil adicionais para DSEIs, ou localidades ribeirinhas e fluviais. Se aprovados no curso, os médicos realizarão uma prova para adquirir titulação de especialista em Medicina de Família e Comunidade e poderão ser contratados via CLT, permanecendo nas unidades de saúde em que realizaram a formação.

A contratação via CLT apresenta quatro níveis salariais, com progressão a cada três anos de participação no programa, além de

gratificação por desempenho vinculada ao alcance de indicadores de qualidade de atendimento e satisfação das pessoas atendidas.

PARA SABER MAIS SOBRE O PMB ACESSE:

<https://www.gov.br/saude/pt-br>

Entre em contato com o Ministério da Saúde (CGPROP/SAPS): (61) 33153692/3767/9191

Entre em Contato com a SESAB – Coordenação do PMM: (71) 3115-8420 / 3115-4140

Entre em contato com as Referências do PMM para o estado da Bahia:

cely.gama@saude.gov.br

larissa.menezes@saude.gov.br

Quadro 2: Canais de comunicação do Programa Mais Médicos para o Brasil

Contato	Telefone	Tipo de demanda	Observação
Ouvidoria Geral do SUS	136 (opção 8)	Dúvidas/ esclarecimentos gerais e situações referentes ao programa (SGP, e-SUS, FormSUS, entre outros).	**
maismedicos@saude.gov.br	**	Denúncias/ Informações de descumprimento de obrigações por parte dos médicos ou requerimento.	O requerimento ou denúncia deve ser encaminhado por meio de ofício destinado à Coordenação-Geral de Provisão de Profissionais para a Atenção Primária - CGPROP/ DESF/ SAPS/ MS. Em caso de denúncia rerer Ofício e documentação comprobatória da denúncia (todos os documentos da denúncia salvos em PDF e arquivo único).
bolsa.maismedicos@saude.gov.br	(61) 3315 - 2596 (61) 3315 - 9063 (61) 3315 - 8936 (61) 3315 - 5901	Demandas relacionadas ao pagamento da bolsa do profissional e FormSUS.	**
licencas.provimento@saude.gov.br	(61) 3315 - 7857	Encaminhamentos de atestados de licença médica e maternidade. Encaminhamento de Ofício informando se o profissional retornou ou não às atividades, após o término da licença.	Em caso de não retorno do profissional após a licença, com suspeita de abandono, ofício também deve ser encaminhado ao e-mail: maismedicos@saude.gov.br com os mesmos requisitos de ofício para pandemia.
eixoformacao.saps@saude.gov.br	**	Demandas e dúvidas relacionadas ao primeiro e segundo ciclo formativo dos profissionais (especialização e módulos educacionais).	**
atendimento.cosap@saude.gov.br	(61) 3315 - 2611 (61) 3315 - 2612	Demandas sobre SIGEPE e SIGAC (desbloqueio de senha e contracheque dos profissionais).	**

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

As Residências em Saúde são consideradas, enquanto Programa Formativo, o “padrão-ouro” para a formação em saúde, por tratarem de uma especialização com extensa carga horária de atividades teórico-práticas, caracterizadas por qualificação em serviço.

São orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais. Funcionam em serviços de saúde, sob a orientação de profissionais habilitados para exercerem a função de supervisor/preceptor/tutor.

Trata-se de processo formativo que se utiliza 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.

Como implantar o Programa de Residência no meu município?

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 (assistencial e gestão) 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 adequadas 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.

Por que implantar a Residência em Saúde em seu município?

- Contribuição para a formação de profissionais qualificados para atuarem no setor saúde e no SUS;
- Garantia de profissionais na equipe com carga horária adequada;

- Fortalecimento das estratégias de educação permanente para o município;
- Possibilidade de concessão de bolsa de residência;
- Processo permanente de qualificação da atenção à saúde prestada.

Quais os resultados esperados com a implantação de Residência em Saúde em seu município?

- Qualificação das equipes de saúde;
- Resolubilidade na Rede de Atenção;
- Acesso a modelos técnicos assistenciais de Gestão do Cuidado e da Clínica;
- Transformação das Práticas assistenciais e gerenciais.

SAIBA MAIS

No estado da Bahia, no tocante à Atenção Básica, existem os seguintes Programas de Residência:

Programa Integrado de Residência Multiprofissional em Saúde e Medicina de Família e Comunidade da FESFSUS;

Programa Estadual Regionalizado Multiprofissional em Saúde da Família da ESPBA;

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UNEB;

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UESC;

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UNIVASF

Em Todos esses programas, a Residência tem duração de 24 meses. Os Residentes no primeiro ano atuam em Saúde da Família e, no segundo ano, além de permanecerem na saúde da família para desenvolverem competências gerenciais, são inseridos nos espaços de gestão da Atenção Básica, Áreas Técnicas Estratégicas, Planejamento, Vigilâncias, Educação Permanente e em de serviços das Redes de Atenção à Saúde, como Rede Cegonha e Rede de Saúde Mental.

Para mais orientações sobre as características de cada Programa, adesão, contratualização e implementação da Residência no seu município, entre em contato com a Diretoria de Atenção Básica da SESAB, Diretoria de Gestão de Serviços da FESFSUS, e/ou Escola Estadual de Saúde Pública - ESPBA.

Contatos de Programas de Residência Multiprofissional:

1. Escola Estadual de Saúde Pública Email: residenciamedica@saude.ba.gov.br e ceremaps.ba@gmail.com Telefone: (71) 3116-5320 ;
2. Programa Integrado de Residência Multiprofissional em Saúde e Medicina de Família e Comunidade da FESFSUS: <http://www.fesfsus.ba.gov.br/programas-e-servicos/residencias-integradas/>;
3. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde- Universidade do Estado da Bahia (UNEB) - Departamento de Ciências da Vida – Campus I – Salvador: (71) 31172210;
4. UESC DCS – Departamento de Ciência da Saúde. E-mail: saude@uesc.br. Telefone: (73) 3680-5114;
5. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UNIVASF - E-mails: coremu@univasf.edu.br. Telefone: (87) 2101-6710. <https://portais.univasf.edu.br/prppgi/prppgi/cursos/coordenacao-de-residencia-multiprofissional>;
6. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UNIVASF - E-mails: coremu@univasf.edu.br. Telefone: (87) 2101-6710. <https://portais.univasf.edu.br/prppgi/prppgi/cursos/coordenacao-de-residencia-multiprofissional>.

ATENÇÃO

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

ACOLHIMENTO PEDAGÓGICO

O Acolhimento Pedagógico (AP) é a conformação que o Estado da Bahia adotou para o Curso Introdutório da eSF (equipes de Saúde da Família) 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 da atenção básica (AB) devem participar, com todos os seus profissionais, de nível superior e médio, incluindo as equipes multiprofissionais/NASF-AB 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 eSF, 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;
- Utilizar material didático que atenda às necessidades da proposta do AP, sendo que a proposta atual da DAB inclui o **Manual do Trabalhador** e o **Manual do Facilitador** para a realização dessa oferta no território;
- Formar previamente o facilitador/multiplicador, que fará a mediação do curso junto aos participantes que estarão na condição de educandos. O facilitador deve ser profissional destacado pelo município para esta função e participará de oficina específica na região de saúde, com técnicos da Diretoria de Atenção Básica e do Núcleo/Base Regional de Saúde;

- Multiplicar progressivamente o Acolhimento Pedagógico para contemplar todas as suas equipes de Saúde da Família, a partir da formação do multiplicador.



A equipe de apoio da DAB e/ou técnicos da AB do NRS/BRS podem orientar mais sobre o Acolhimento Pedagógico, entre em contato se necessário.

SALA DE PÉ DIABÉTICO

A taxa de internação por diabetes mellitus e suas complicações na faixa etária de 30 a 59 anos foi de 4,60/10.000 habitantes na Bahia em 2018, de acordo com dados do SINAN. Os problemas que envolvem os pés dos diabéticos levam, com grande frequência, a amputações de pés e membros inferiores, sendo uma das principais causas de internação presentes nas filas da Regulação de leitos.

Considerando a relevância de atender as necessidades dos diabéticos, em 29 de maio de 2018, a Resolução CIB 140 aprovou as diretrizes, componentes e responsabilidades gestoras para a implantação da Linha do Cuidado às Pessoas com Pé Diabético e Feridas Complexas nas Redes Regionais de Atenção à Saúde do estado da Bahia. Dentre as diretrizes, constam a incorporação de tecnologias voltadas para a prevenção do Pé Diabético e Feridas Complexas e a educação permanente dos profissionais, ressaltando-se que, nas unidades básicas de saúde, deve ser realizada a inspeção dos pés com monofilamento.

Na mesma direção, a Portaria Estadual 51, de 16 de janeiro de 2019, dispôs sobre a organização das ações e serviços de prevenção e tratamento do Pé Diabético e Feridas Complexas na Rede de Atenção à Saúde do Estado da Bahia e criou a Sala de Pé Diabético, a ser implantada no âmbito da atenção básica, mediante adesão dos municípios.

A referida Portaria determinou responsabilidades ao Estado, como a disponibilização de equipamentos específicos para diagnóstico do pé diabético e complicações vasculares e capacitação dos profissionais, e determinou ao município as responsabilidades de manutenção da Sala de Pé Diabético, com os materiais necessários para assistência ao usuário, em estrutura existente no município, bem como a manutenção dos profissionais capacitados e o estabelecimento de fluxo municipal para esta Sala de Pé Diabético e para os demais níveis de atenção.

Ainda em 2019, 193 municípios fizeram adesão e uma parte deles já recebeu o Curso para Implantação da Sala de Pé Diabético e os equipamentos disponibilizados (chamado kit para Sala de Pé Diabético): sonar dopler portátil, para avaliação da vascularização, monofilamento (estesiômetro), para avaliação da sensibilidade dos pés, esfigmomanômetro, estetoscópio, glicosímetro, maca e carro de curativo.

Em 2021, a Secretaria da Saúde do Estado contemplará os demais municípios aderidos com o Kit e o curso de capacitação. Uma vez que a Sala incorpora a rede de atenção no nível da atenção bá-

sica, destaca-se que o Curso é voltado para a prevenção de lesões e, assim, para o enfermeiro e o técnico de enfermagem que atuam na Sala de Pé Diabético da UBS em que foi implantada.

A Diretoria de Atenção Básica, por meio do apoio institucional, auxilia os municípios na implantação da Sala, apoiando na definição e organização da Unidade Básica de Saúde onde serão desenvolvidas as atividades de prevenção ao pé diabético e no estabelecimento do fluxo de usuários, monitorando o desenvolvimento das ações pelos municípios.



Acesse a nossa equipe para mais informações

O QUE PRECISO FAZER PARA IMPLANTAR A SALA DE PÉ DIABÉTICO, APÓS ADESÃO À PORTARIA?

Na atenção básica, implantar a Sala de Pé Diabético é bastante simples: o gestor identifica a UBS e, nesta, uma sala para instalar os equipamentos. O espaço não precisa ser exclusivo para este fim, a depender da quantidade de usuários. Ao mesmo tempo, identifica o enfermeiro e o técnico de enfermagem que atuarão no local, para que possam participar da capacitação específica. Por fim, define o fluxo interno dos usuários diabéticos na Sala e inicia os atendimentos.

SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO BÁSICA

A qualidade do cuidado ofertado nas instituições de saúde, quer sejam elas públicas ou privadas, possui como componente fundamental a Segurança do Paciente durante a prestação das ações e serviços de saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde OMS, o conceito de Segurança do Paciente está relacionado à redução de danos desnecessários associados à assistência em saúde até um mínimo aceitável. Por sua vez, danos desnecessários, também são conhecidos como eventos adversos, e ocorrem de ações não intencionais decorrentes da assistência prestada ao paciente, não estando relacionados com a evolução do processo de adoecimento.

De forma clara e objetiva, o termo Segurança do Paciente significa reduzir os atos inseguros durante a assistência prestada ao paciente, usando as melhores práticas e técnicas corretas de cuidado que estão descritas, com o objetivo de obter os melhores resultados no atendimento do paciente.

A discussão sobre o tema Segurança do Paciente na comunidade de saúde tem início na última década do século XX, a partir da divulgação do Relatório “Errar é Humano: a construção de um sistema de saúde mais seguro”, publicado pelo Institute of Medicine. Em seguida, a OMS, em 2004, lança a Aliança Mundial de Segurança do Paciente, da qual o Brasil faz parte, despertando nos países membros o compromisso para “desenvolver políticas públicas e práticas voltadas para a segurança do paciente” (MESQUITA et al., 2016).

O marco institucional do Ministério da Saúde referente à Segurança do Paciente tem sua implantação a partir da publicação da Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, que instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, apontando em seus objetivos específicos “a necessidade de produzir, sistematizar e difundir conhecimentos sobre segurança do paciente e ampliar o acesso da sociedade às informações relativas a esse tema” (MESQUITA et al., 2016).

Sendo assim, as ações de Segurança do Paciente tem presença forte e marcante nos serviços hospitalares com as publicações dos seguintes protocolos de Segurança do Paciente: Cirurgia Segura, Prática de Higiene das mãos, Úlcera por Pressão, Prevenção de Quedas, Identificação do Paciente, Segurança na Prescrição e Uso e Administração de Medicamentos (BRASIL, 2019a, 2019b, 2019c; PAESE; DAL SASSO, 2013).

As ações de Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde têm seus registros no cenário internacional em meados de 2008 a 2009, e no cenário nacional a partir de 2011. Embora muitas pesquisas estejam direcionadas para a assistência hospitalar, grande parte dos cuidados em saúde também ocorrem fora destes espaços,

principalmente nas Unidades de Saúde da Família e domicílios das populações acompanhadas pelas Equipes de Saúde da Família (MARCHON; MENDES JUNIOR, 2014).

Nessa perspectiva, a qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde associada à Segurança do Paciente envolve principalmente os procedimentos referentes à imunização, bem como outros procedimentos invasivos a exemplo da “coleta de exames colpocitológico, inserção de dispositivo intrauterino (DIU), cauterização de colo de útero, glicemia capilar, inalações, curativo e administração de injetáveis. Procedimentos estes podem antecipar algum evento adverso associado (MARCHON; MENDES JUNIOR, 2014; SILVA et al., 2019)

A Secretaria de Saúde do Estado da Bahia – SESAB, em consonância com o Programa Nacional de Segurança do Paciente, instituído pelo Ministério da Saúde, e em atendimento às recomendações da OMS, criou, em 2019, o Comitê Estadual de Segurança do Paciente e está elaborando o Plano Estadual de Segurança do Paciente, com ações que contemplam os âmbitos da alta e média complexidade, bem com a Atenção Primária à Saúde.

No campo da Atenção Primária à Saúde, a SESAB, através de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Hospital Moinhos de Ventos (HMV), via programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS), ofertou o Curso de Formação de Multiplicadores em Segurança do Paciente na APS aos técnicos de diversas Diretorias em 2019.

Nesse sentido, em 2021 a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia implementará as ações de Segurança do Paciente nos ambientes de média e alta complexidade, bem como iniciará, de forma estruturada, a implantação das ações na Atenção Primária à Saúde contemplando assim todos os pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde.

PARA SABER MAIS, consulte os seguintes documentos:

BRASIL. PORTARIA No 529, DE 1o DE ABRIL DE 2013 - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO, p. 2-5, 2019a. Acesso em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html

BRASIL. PORTARIA No 2.095, DE 24 DE SETEMBRO DE 2013 - Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde, p. 510, 2019b. Acesso em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html

BRASIL. PORTARIA No 1.377, DE 9 DE JULHO DE 2013 - Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Ministério da Saúde, p. 510, 2019c. Acesso em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html

MARCHON, S. G.; MENDES JUNIOR, W. V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: Revisão sistemática. Cadernos de Saude Publica, v. 30, n. 9, p. 1815-1835, 2014.

MESQUITA, K. O. DE M. et al. Segurança do Paciente da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. v. 21, n. 2, p. 1-8, 2016.

PAESE, F.; DAL SASSO, G. T. M. Cultura da Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde. Texto Contexto Enfermagem, v. 22, n. 2, p. 302-310, 2013.

SILVA, A. P. F. et al. Segurança do paciente na atenção primária: concepções de enfermeiras da estratégia de saúde da família. Revista gaucha de enfermagem, v. 40, n. spe, p. e20180164, 2019.

ORGANIZANDO A ATENÇÃO PARA ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19

Para organização da Atenção Básica no contexto da Pandemia de COVID 19, acesse os produtos ofertados pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia por meio dos seguintes links de acesso:

Materiais produzidos pelo Telessaúde Bahia/DAB/SESAB:

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

Materiais produzidos pela SESAB:

<http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus/>

FICHA B-SÍNDROME GRIPAL

A Ficha B – Síndrome Gripal (Ficha B-SG) é um instrumento elaborado pela DAB para auxiliar os municípios na busca de casos de Síndrome Gripal, COVID-19 e Síndrome Respiratória Aguda Grave no seu território. Foi idealizada no contexto da pandemia de COVID-19, com o objetivo de organizar as buscas por casos sintomáticos pelas equipes de Atenção Básica, especialmente nos domicílios das pessoas, mas também em outros espaços.

Em 2020, as equipes da Atenção Básica, ao registrarem suas buscas diárias nas Fichas B-SG, consolidaram semanalmente as informações em formulário eletrônico do FormSUS construído para este fim. Tais informações foram recebidas na DAB/SESAB e disponibilizadas para análises do município em conjunto com o Apoio Institucional da DAB. Entre outros indicadores, foram observados semanalmente o número de visitas realizadas e o percentual de casos sintomáticos encontrados.

Para uso em 2021, a Ficha B-SG se mantém com informações de referência semanal e teve o conteúdo atualizado, de acordo com os estudos mais recentes. Agora, entra em vigor também o sistema específico para consolidação dos dados das Fichas B-SG, o que representa qualificação no processo da informação, agilizando o recebimento de dados e possibilitando o monitoramento de novos indicadores. Você receberá, em breve, o login e senha para acesso do seu município ao sistema.

IMPORTANTE

É preciso manter o volume alto de buscas e preenchimento das fichas, para todas as pessoas e em todos os domicílios do município, com a finalidade de orientar e observar a manutenção das medidas preventivas e, principalmente, para que se tenha uma boa cobertura na identificação precoce de casos.

Imediatamente a partir da identificação de casos, suspeitos ou confirmados, a equipe de saúde deve realizar o acompanhamento dos mesmos, conforme os protocolos vigentes.

O uso da Ficha B-SG facilita a organização das equipes da Atenção Básica na identificação e acompanhamento de Síndrome Gripal, COVID-19 e SRAG nos seus usuários adscritos; entretanto, os demais instrumentos devem continuar sendo preenchidos (Fichas de Notificação, e-SUS VE), conforme determina a Vigilância em Saúde, uma vez que têm finalidade diversa da Ficha-B, mas com igual relevância.

Para conhecer a Ficha B-SG <http://www.saude.ba.gov.br/atencao-a-saude/dab/materiais-institucionais/>.

Acesse: sbi.saude.ba.gov.br



A equipe DAB pode auxiliar com mais informações, entre em contato

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA
DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA

Endereço: 4ª Avenida 400, Centro Administrativo da Bahia,
Salvador/BA, CEP: 41.750-300, Tel.: (71) 3115-4375

WWW.SAUDE.BA.GOV.BR/DAB



SECRETARIA
DA SAÚDE