



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Governo

Ofício Externo nº 1014/2018 - NAF

Araucária, 03 de dezembro de 2018.

Ao Senhor
BEN HUR CUSTÓDIO DE OLIVEIRA
DD PRESIDENTE DA CÂMARA
Rua Irmã Elizabeth Werka, 55 - Jardim Petrópolis
Araucária/PR

Assunto: **Resposta a Indicação 928/2018 - Amanda Nassar**

Senhor Presidente,

Em resposta a Indicação Nº 928/2018, de iniciativa da vereadora Amanda Nassar, que requer a criação de vagas para cargo de gerente de Unidade de Saúde do Município, encaminhamos cópia das informações prestadas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Sendo o que se apresenta para o momento, subscrevemo-nos

Atenciosamente,


GENILDO PEREIRA CARVALHO
Secretário Municipal de Governo

PROJECÇÃO Nº 74281/2018.....

04 / 12 / 18.....

Genildo Pereira Carvalho.....

41 3614-1691

Rua Pedro Drusczc, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR



Prefeitura do Município de Araucária

Secretaria Municipal de Saúde

Ofício nº 450/2018 – SMSA/GS

Araucária, 16 de novembro de 2018.

Prezado Senhor,

Em resposta a indicação nº 928/2018, referente a “Criação de vagas para cargo de gerente de Unidade de Saúde do Município” Conforme a Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017, contido no item 4 – Atribuições dos Profissionais da Atenção Básica, onde no 4.2.5 recomenda-se a criação do cargo “Gerente de Atenção Básica, porém informamos que as Unidades contam com a Coordenação com as devidas atribuições, vale ressaltar também que a criação da referida vaga implica em matéria financeira que deve ser avaliado a sua possibilidade junto as demais secretarias, tais como PGM, SMGP e SMFI.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,


CARLOS ALBERTO DE ANDRADE
Secretário Municipal de Saúde

Prezado Senhor,
GENILDO PEREIRA CARVALHO
Secretario Municipal de Governo
Nesta
NRG

41 3614-1470
Rua Pedro Druscz, 111 - CEP 83702-080 - Centro - Araucária / PR

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

**Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro****PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017**

Aprova a Política Nacional de Atenção estabelecendo a revisão de diretrizes organização da Atenção Básica, no âmbito do Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro 1990, que dispõe sobre as condições para a proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e providências, considerando:

Considerando a experiência acumulada do Controle Social da Saúde à necessidade de aprimorar o Controle Social da Saúde no âmbito nacional e as reiteradas demandas dos Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento, conforme o art. 1º, § 2º, da Lei nº 8.112, de dezembro de 1990;

Considerando a Portaria nº 971/GM/MS, de 3 de maio de 2006, que aprova a Política Nacional de Serviços Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde;

Considerando a Portaria nº 2.715/GM/MS, de 17 de novembro de 2011, que atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição;

Considerando a Portaria Interministerial Nº 1, de 2 de janeiro de 2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal;

Considerando a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que Institui o Programa Mais Médicos, a Lei nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e a Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981;

Considerando o Decreto nº 7.508, de 21 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde, e a articulação interfederativa;

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e transferência de recursos federais para as ações e serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Resolução CIT Nº 21, de 27 de julho de 2017 Consulta Pública sobre a proposta de revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), agosto de 2017; e

Considerando a pactuação na Reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 31 de agosto de 2017, resolve:

Art. 1º Esta Portaria aprova a Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, com vistas à regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do Sistema Único de Saúde estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção RAS.

Parágrafo único. A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica - AB e Primária à Saúde - APS, nas atuais concepções, como termos equivalentes, de forma a associar as principios e as diretrizes definidas neste documento.

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que promovem a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados preventivos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas por uma equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes têm responsabilidade sanitária.

§ 1º A Atenção Básica será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenando e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede.

§ 2º A Atenção Básica será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

§ 3º É proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, raça/cor, etnia, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade, limitação física, habilidade funcional e outras.

§ 4º Para o cumprimento do previsto no § 3º, serão adotadas estratégias que permitam a eliminação das desigualdades/iniquidades, de modo a evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização, de maneira que impacte na autonomia e na situação de saúde.

Art. 3º São Princípios e Diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na Atenção Básica:

I - Princípios:

- a) Universalidade;
- b) Equidade; e
- c) Integralidade.

II - Diretrizes:

- a) Regionalização e Hierarquização;
- b) Territorialização;
- c) População Adscrita;
- d) Cuidado centrado na pessoa;
- e) Resolutividade;
- f) Longitudinalidade do cuidado;
- g) Coordenação do cuidado;
- h) Ordenação da rede; e
- i) Participação da comunidade.

Art. 4º A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.

Parágrafo único. Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observem os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua convergência com a Estratégia Saúde da Família.

Art. 5º A integração entre a Vigilância em Saúde e Atenção Básica é condição essencial para o aperfeiçoamento contínuo da atenção à saúde.

resultados que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção; visa estabelecer processos de trabalho que considerem os determinantes, os riscos e danos à saúde, na p da intra e intersetorialidade.

Art. 6º Todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no SUS, de acordo com esta portaria serão denominados Unidade Básica de Saúde - UBS. Parágrafo único. UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, e serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS.

CAPÍTULO I

DAS RESPONSABILIDADES

Art. 7º São responsabilidades comuns a todas as esferas de governo:

I - contribuir para a reorientação do modelo de atenção e de gestão com base nos princípios e nas contidas nesta portaria;

II - apoiar e estimular a adoção da Estratégia Saúde da Família - ESF como estratégia prioritária de consolidação e qualificação da Atenção Básica;

III - garantir a infraestrutura adequada e com boas condições para o funcionamento das UBS, (espaço, mobiliário e equipamentos, além de acessibilidade de pessoas com deficiência, de acordo com as vigentes;

IV - contribuir com o financiamento tripartite para fortalecimento da Atenção Básica;

V - assegurar ao usuário o acesso universal, equânime e ordenado às ações e serviços de saúde, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores;

VI - estabelecer, nos respectivos Planos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde, prioridades, est metas para a organização da Atenção Básica;

VII -desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho, gestão e atenção à saúde, estimular e viabilizar a formação, educação permanente e continuada dos profissionais, garantir direitos trabalhistas e previdenciários, qualificar os vínculos de trabalho e implantar carreiras que promovam o desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados às pessoas;

VIII - garantir provimento e estratégias de fixação de profissionais de saúde para a Atenção Básica e promover ofertas de cuidado e o vínculo;

IX - desenvolver, disponibilizar e implantar os Sistemas de Informação da Atenção Básica vigentes, (mecanismos que assegurem o uso qualificado dessas ferramentas nas UBS, de acordo com suas responsabilidades;

X - garantir, de forma tripartite, dispositivos para transporte em saúde, compreendendo as equipes para realização de procedimentos eletivos, exames, dentre outros, buscando assegurar a resolutividade e integralidade do cuidado na RAS, conforme necessidade do território e planejamento de saúde;

XI - planejar, apoiar, monitorar e avaliar as ações da Atenção Básica nos territórios;

XII - estabelecer mecanismos de autoavaliação, controle, regulação e acompanhamento sistêmico dos resultados alcançados pelas ações da Atenção Básica, como parte do processo de planejamento e programação;

XIII - divulgar as informações e os resultados alcançados pelas equipes que atuam na Atenção Básica, estimulando a utilização dos dados para o planejamento das ações;

XIV - promover o intercâmbio de experiências entre gestores e entre trabalhadores, por meio de co horizontais, e estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à Atenção Básica;

XV - estimular a participação popular e o controle social;

XVI - garantir espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores em saúde, para a formação em serviço e para a educação permanente e continuada nas Unidades Básicas de Saúde;

XVII - desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a

disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado;

XVIII - adotar estratégias para garantir um amplo escopo de ações e serviços a serem ofertados na Atenção Básica, compatíveis com as necessidades de saúde de cada localidade;

XIX - estabelecer mecanismos regulares de auto avaliação para as equipes que atuam na Atenção Básica, fim de fomentar as práticas de monitoramento, avaliação e planejamento em saúde; e

XX - articulação com o subsistema Indígena nas ações de Educação Permanente e gestão da rede asistenciaira;

Art. 8º Compete ao Ministério da Saúde a gestão das ações de Atenção Básica no âmbito da União, com as seguintes responsabilidades da União:

I - definir e rever periodicamente, de forma pactuada, na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), as diretrizes e normas para a implementação da Política Nacional de Atenção Básica;

II - garantir fontes de recursos federais para compor o financiamento da Atenção Básica;

III - destinar recurso federal para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo mensal e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

IV - prestar apoio integrado aos gestores dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios no processo de qualificação e de consolidação da Atenção Básica;

V - definir, de forma tripartite, estratégias de articulação junto às gestões estaduais e municipais do processo de vistas à institucionalização da avaliação e qualificação da Atenção Básica;

VI - estabelecer, de forma tripartite, diretrizes nacionais e disponibilizar instrumentos técnicos e procedimentos que facilitem o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da Atenção Básica;

VII - articular com o Ministério da Educação estratégias de indução às mudanças curriculares nos processos de graduação e pós-graduação na área da saúde, visando à formação de profissionais e gestores com perfil adequado para a Atenção Básica; e

VIII - apoiar a articulação de instituições, em parceria com as Secretarias de Saúde Municipais, Estados e Distrito Federal, para formação e garantia de educação permanente e continuada para os profissionais de Atenção Básica, de acordo com as necessidades locais.

Art. 9º Compete às Secretarias Estaduais de Saúde e ao Distrito Federal a coordenação do processo de gestão estadual e distrital da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais e de acordo com as políticas, diretrizes e prioridades estabelecidas, sendo responsabilidades dos Estados e do Distrito Federal:

I - pactuar, na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Colegiado de Gestão no Distrito Federal, as diretrizes e normas para a implantação e implementação da Política Nacional de Atenção Básica vigente no Estado e Distrito Federal;

II - destinar recursos estaduais para compor o financiamento tripartite da Atenção Básica, de modo mensal e automático, prevendo, entre outras formas, o repasse fundo a fundo para custeio e investimento das ações e serviços;

III - ser corresponsável pelo monitoramento das ações de Atenção Básica nos municípios;

IV - analisar os dados de interesse estadual gerados pelos sistemas de informação, utilizá-los no planejamento e divulgar os resultados obtidos;

V - verificar a qualidade e a consistência de arquivos dos sistemas de informação enviados pelos municípios, de acordo com prazos e fluxos estabelecidos para cada sistema, retornando informações aos gestores municipais;

VI - divulgar periodicamente os relatórios de indicadores da Atenção Básica, com intuito de assegurar a transparência e fundamental de acesso à informação;

VII - prestar apoio institucional aos municípios no processo de implantação, acompanhamento e qualificação das ações e serviços;

Atenção Básica e de ampliação e consolidação da Estratégia Saúde da Família;

VIII - definir estratégias de articulação com as gestões municipais, com vistas à institucionalização, monitoramento e avaliação da Atenção Básica;

IX - disponibilizar aos municípios instrumentos técnicos e pedagógicos que facilitem o processo de formação permanente dos membros das equipes de gestão e de atenção;

X - articular instituições de ensino e serviço, em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde, para a formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na Atenção Básica;

XI - fortalecer a Estratégia Saúde da Família na rede de serviços como a estratégia prioritária de organização da Atenção Básica.

Art. 10 Compete às Secretarias Municipais de Saúde a coordenação do componente municipal da Atenção Básica, no âmbito de seus limites territoriais, de acordo com a política, diretrizes e prioridades estabelecidas pelas respectivas 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 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, disponibilizados, equipamentos e outros no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, conforme regulamentação específica;

VI - organizar os serviços para permitir que a Atenção Básica atue como a porta de entrada preferencial 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 e avaliação da utilização 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, acompanhando a 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 permanente e continuada aos profissionais de saúde de todas as equipes que atuam na Atenção Básica, em conformidade com as normas implantadas;

XIV - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais da Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente;

XV - garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das UBS e 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 na informação a serem enviados às outras esferas de gestão, utilizá-los no planejamento das ações e 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 no âmbito da Atenção Básica e de acordo com as necessidades de saúde das mesmas; e

IX - 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.

Art. 11 A operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica está detalhada no Anexo a esta Portaria.

Art. 12 Fica revogada a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011.

Art. 13. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

RICARDO BARROS

ANEXO

POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA OPERACIONALIZAÇÃO

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), movimentos sociais, população, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. Esta Portaria, normatização vigente no SUS, que define a organização em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estrutura de cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população, destaca a Atenção Básica como ponto de atenção e porta de entrada preferencial do sistema, que deve ordenar os fluxos e contrafluxos de produtos e informações em todos os pontos de atenção à saúde.

Esta Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para a consolidação da Atenção Básica. Contudo reconhece outras estratégias de organização da Atenção Básica em territórios, que devem seguir os princípios e diretrizes da Atenção Básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinâmica territorial e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde.

A Atenção Básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde - a qual constitui um processo contínuo e sistêmico, coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre eventos relacionados à saúde - além disso, planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde.

Destaca-se ainda o desafio de superar compreensões simplistas, nas quais, entre outras, há uma oposição entre a assistência e a promoção da saúde. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde é resultado de múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhoria das condições de saúde das pessoas e coloca passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica.

1 - PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA

Os princípios e diretrizes, a caracterização e a relação de serviços ofertados na Atenção Básica são orientadores para a sua organização nos municípios, conforme descritos a seguir:

1.1 - Princípios

- Universalidade: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e respostas personalizadas, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenças entre elas.

excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades.

- Equidade: ofertar o cuidado, reconhecendo as diferenças nas condições de vida e saúde e de acordo com as necessidades das pessoas, considerando que o direito à saúde passa pelas diferenciações sociais e deve ser garantido a todos, independentemente de idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou nível intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusões de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação; de maneira que impacte na autonomia e na saúde.

- Integralidade: É o conjunto de serviços executados pela equipe de saúde que atendam às necessidades da população adscrita nos campos do cuidado, da promoção e manutenção da saúde, da prevenção de agravos, da cura, da reabilitação, redução de danos e dos cuidados paliativos. Inclui a responsabilização por serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado das necessidades psicológicas, ambientais e sociais causadoras das doenças, e manejo das diversas tecnologias de cuidado e gestão necessárias a estes fins, além da ampliação da autonomia das pessoas e da coletividade.

1.2 - Diretrizes

- Regionalização e Hierarquização: dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como comunicação entre esses. Considera-se regiões de saúde como um recorte espacial estratégico para planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde em determinada localidade, hierarquização como forma de organização de pontos de atenção da RAS entre si, com fluxos e rotas estabelecidos.

- Territorialização e Adstricção: de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com foco em um território específico, com impacto nas condições e determinantes da saúde das pessoas e coletividades que constituem aquele espaço portanto, adstritos a ele. Para efeitos desta portaria, considerase Território a unidade geográfica única, de caráter descentralizado do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção e recuperação da saúde. Os Territórios são destinados para dinamizar a ação em saúde pública, o estudo econômico, epidemiológico, assistencial, cultural e identitário, possibilitando uma ampla visão de cada geografia e subsidiando a atuação na Atenção Básica, de forma que atendam a necessidade da população e/ou as populações específicas.

III - População Adscrita: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular o desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado e com o objetivo de ser referência para o cuidado.

- Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma simples que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessárias para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. É construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de autonomia independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes e vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado.

- Resolutividade: reforça a importância da Atenção Básica ser resolutiva, utilizando e articulando tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação da autonomia dos indivíduos e grupos sociais. Deve ser capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da RAS, quando necessário.

VI - Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e contínuo, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando referências e diminuindo os riscos de iatrogenia que são decorrentes do desconhecimento das histórias da falta de coordenação do cuidado.

VII - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de cuidado das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando o cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulando também as outras estruturas de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

VIII - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas.

IX - Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das saúdes na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e contribuir para a construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território. Considerando o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração com os setores intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social.

2 - A ATENÇÃO BÁSICA NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Esta portaria, conforme normatização vigente do SUS, define a organização na RAS, como estratégia de cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população. As RAS constituem-se em organizações formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, e destaca-se: a Atenção Básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada da rede, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às necessidades de saúde das pessoas do seu território.

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso à saúde é igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa de forma regionalizada e hierarquizada".

Para que a Atenção Básica possa ordenar a RAS, é preciso reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando-as em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades das pessoas, com isso fortalecendo o planejamento ascendente.

A Atenção Básica é caracterizada como porta de entrada preferencial do SUS, possui um espaço próprio de gestão do cuidado das pessoas e cumpre papel estratégico na rede de atenção, servindo como base para o ordenamento e para a efetivação da integralidade. Para tanto, é necessário que a Atenção Básica tenha resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duração (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos da RAS.

Os estados, municípios e o distrito federal, devem articular ações intersetoriais, assim como a organização da RAS, com ênfase nas necessidades locorregionais, promovendo a integração das referências de seu território.

Recomenda-se a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica da rede, que fortaleçam práticas de micreregulação nas Unidades Básicas de Saúde, tais como gestão de filas para UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio presencial e/ou a distância, entre outros.

Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação, visando ao acesso. A utilização de protocolos de encaminhamento servem como ferramenta, ao mesmo tempo, de gerenciamento do cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência para a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores.

Com isso, espera-se que ocorra uma ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição das pessoas a consultas e/ou procedimentos desnecessários. Além disso, com a organização do acesso, induz-se ao uso racional dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e aumenta a eficiência e equidade à gestão das listas de espera.

A gestão municipal deve articular e criar condições para que a referência aos serviços especiais ambulatoriais, sejam realizados preferencialmente pela Atenção Básica, sendo de sua responsabilidade:

- a) Ordenar o fluxo das pessoas nos demais pontos de atenção da RAS;
- b) Gerir a referência e contrarreferência em outros pontos de atenção; e
- c) Estabelecer relação com os especialistas que cuidam das pessoas do território.

3 - INFRAESTRUTURA, AMBIÊNCIA E FUNCIONAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Este item refere-se ao conjunto de procedimentos que objetiva adequar a estrutura física, tecnológica e recursos humanos das UBS às necessidades de saúde da população de cada território.

3.1 Infraestrutura e ambiência

A infraestrutura de uma UBS deve estar adequada ao quantitativo de população adscrita e suas especificidades, bem como aos processos de trabalho das equipes e à atenção à saúde dos usuários. Os planos de estrutura devem, portanto, levar em consideração a densidade demográfica, a composição, atuação e características das equipes, perfil da população, e as ações e serviços de saúde a serem realizados. É importante que sejam disponibilizados espaços físicos e ambientes adequados para a formação de estudantes e trabalhadores de saúde de nível superior, para a formação em serviço e para a educação permanente na UBS.

As UBS devem ser construídas de acordo com as normas sanitárias e tendo como referência as normas de infraestrutura vigentes, bem como possuir identificação segundo os padrões visuais da Atenção Básica e de funcionamento. Devem, ainda, ser cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNEs), de acordo com as normas em vigor para tal.

As UBS poderão ter pontos de apoio para o atendimento de populações dispersas (rurais, ribeirinhos, assentamentos, áreas pantaneiras, etc.), com reconhecimento no SCNEs, bem como nos instrumentos de monitoramento e avaliação. A estrutura física dos pontos de apoio deve respeitar as normas gerais de higiene e sanitária.

A ambiência de uma UBS refere-se ao espaço físico (arquitetônico), entendido como lugar social, propício para as relações interpessoais, que deve proporcionar uma atenção acolhedora e humana para as pessoas, além de um ambiente saudável para o trabalho dos profissionais de saúde.

Para um ambiente adequado em uma UBS, existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, recomendando-se contemplar: recepção sem grades (para não intimidar ou controlar a comunicação e também garantir privacidade à pessoa), identificação dos serviços existentes, espaceamento entre profissionais, horários de funcionamento e sinalização de fluxos, conforto térmico e acústico, e espaços adaptados para as pessoas com deficiência em conformidade com as normativas vigentes.

Além da garantia de infraestrutura e ambiência apropriadas, para a realização da prática profissional de saúde e de atenção à saúde, é necessário disponibilizar equipamentos adequados, recursos humanos capacitados, e insumos suficientes à atenção à saúde prestada nos municípios e Distrito Federal.

3.2 Tipos de unidades e equipamentos de Saúde

São considerados unidades ou equipamentos de saúde no âmbito da Atenção Básica:

a) Unidade Básica de Saúde

Recomenda-se os seguintes ambientes:

consultório médico e de enfermagem, consultório com sanitário, sala de procedimentos, sala de vacinação, sala para assistência farmacêutica, sala de inalação coletiva, sala de procedimentos, sala de coleta/exame curativos, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de observação e sala de atividades coletivas dos profissionais da Atenção Básica. Se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário o espaço odontológico com equipamento odontológico completo;

a. área de recepção, local para arquivos e registros, sala multiprofissional de acolhimento à população, sala de administração e gerência, banheiro público e para funcionários, entre outros, conforme a necessidade.

b) Unidade Básica de Saúde Fluvial

Recomenda-se os seguintes ambientes:

a. consultório médico; consultório de enfermagem; área para assistência farmacêutica, laboratório de vacina; sala de procedimentos; e, se forem compostas por profissionais de saúde bucal, será necessário o espaço odontológico com equipamento odontológico completo;

b. área de recepção, banheiro público; banheiro exclusivo para os funcionários; expurgo; cabines com número suficiente para toda a equipe; cozinha e outros ambientes conforme necessidade.

c) Unidade Odontológica Móvel

Recomenda-se veículo devidamente adaptado para a finalidade de atenção à saúde bucal, equipado com:

Compressor para uso odontológico com sistema de filtragem; aparelho de raios-x para radiografias pré e interproximais; aeventais de chumbo; conjunto peças de mão contendo micro-motor com peça reta e contra-alta rotação; gabinete odontológico; cadeira odontológica, equipo odontológico e refletor odontológico auxiliar odontológica; mocho odontológico; autoclave; amalgamador; fotopolimerizador; e refrigerador.

3.3 - Funcionamento

Recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde tenham seu funcionamento com carga horária mínima de 40 horas/semanais, no mínimo 5 (cinco) dias da semana e nos 12 meses do ano, possibilitando acesso à população.

Horários alternativos de funcionamento podem ser pactuados através das instâncias de participação, desde que atendam expressamente a necessidade da população, observando, sempre que possível, a carga mínima descrita acima.

Como forma de garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso e resolutividade das equipes que atuam na Atenção Básica, recomenda-se:

i) - População adscrita por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) de 2.000 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica.

Além dessa faixa populacional, podem existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidade, dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes que atuam na Atenção Básica, Conselho Municipal ou Local de Saúde, a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o parâmetro recomendado, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado.

ii) - 4 (quatro) equipes por UBS (Atenção Básica ou Saúde da Família), para que possam atingir seu potencial resolutivo.

iii) - Fica estipulado para cálculo do teto máximo de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), com ou sem os profissionais de saúde bucal, pelas quais o Município e o Distrito Federal poderão fazer o recebimento de recursos financeiros específicos, conforme a seguinte fórmula: População/2.000.

iv) - Em municípios ou territórios com menos de 2.000 habitantes, que uma equipe de Saúde da Família (eSF) ou de Atenção Básica (eAB) seja responsável por toda população;

Reitera-se a possibilidade de definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, com especificidades territoriais, vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária respeitando critérios de equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF), considerando a possibilidade de possuir um número inferior de pessoas por equipe de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) para avançar no acesso e na qualidade da Atenção Básica.

Para que as equipes que atuam na Atenção Básica possam atingir seu potencial resolutivo, de forma a coordenar o cuidado, ampliando o acesso, é necessário adotar estratégias que permitam a definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados na UBS, de forma que seja compatível com as necessidades demandas de saúde da população adscrita, seja por meio da Estratégia Saúde da Família ou outros arranjos de equipes de Atenção Básica (eAB), que atuem em conjunto, compartilhando o cuidado e apoiando as pessoas na promoção da saúde nos territórios. Essa oferta de ações e serviços na Atenção Básica devem considerar políticas e prioridades, as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas, em parceria com o controle social.

As ações e serviços da Atenção Básica, deverão seguir padrões essenciais e ampliados:

Padrões Essenciais - ações e procedimentos básicos relacionados a condições básicas/essenciais de qualidade na Atenção Básica; e

- Padrões Ampliados - ações e procedimentos considerados estratégicos para se avançar e alcançar níveis elevados de acesso e qualidade na Atenção Básica, considerando especificidades locais, indicadores e padrões estabelecidos nas Regiões de Saúde.

A oferta deverá ser pública, desenvolvida em parceria com o controle social, pactuada nas relações interfederativas, com financiamento regulamentado em normativa específica.

Caberá a cada gestor municipal realizar análise de demanda do território e ofertas das UBS para melhorar a capacidade resolutiva, adotando as medidas necessárias para ampliar o acesso, a qualidade e resolutiv equipes e serviços da sua UBS.

A oferta de ações e serviços da Atenção Básica deverá estar disponível aos usuários de forma clara, de fácil visualização, conforme padronização pactuada nas instâncias gestoras.

Todas as equipes que atuam na Atenção Básica deverão garantir a oferta de todas as ações e procedimentos do Padrão Essencial e recomenda-se que também realizarem ações e serviços do Padrão Ampliado, considerando as necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade. Os serviços dos padrões essenciais, como os equipamentos e materiais necessários, devem ser garantidos igualmente para todo o país, uniformidade de atuação da Atenção Básica no território nacional. Já o elenco de ações e procedimentos deve contemplar de forma mais flexível às necessidades e demandas de saúde das populações em cada localidade, sendo definido a partir de suas especificidades locorregionais.

As unidades devem organizar o serviço de modo a otimizar os processos de trabalho, bem como o atendimento em todos os níveis de atenção da RAS.

Toda UBS deve monitorar a satisfação de seus usuários, oferecendo o registro de elogios, críticas e 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 apreendidas, 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 do Gerente da Atenção Básica no território e dos componentes de cada equipe da UBS;
- Relação de serviços disponíveis; e
- Detalhamento das escalas de atendimento de cada equipe.

3.4 - Tipos de Equipes:

1 - Equipe de Saúde da Família (eSF): É a estratégia prioritária de atenção à saúde e visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É considerada como estratégia de base para a qualificação e consolidação da Atenção Básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho e potencializar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de estabelecer uma importante relação custo-efetividade.

Composta no mínimo por médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e comunidade de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (A) e profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e o técnico em saúde bucal.

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.

Para equipe de Saúde da Família, há a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais, todos os profissionais de saúde membros da ESF. Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar virando apenas 1 (uma) equipe de Saúde da Família, no SCNES vigente.

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 modelo prioritário é a ESF, as equipes de Atenção Básica (eAB) posteriormente se organizarão tal qual o modelo prioritário.

As equipes deverão ser compostas minimamente por médicos preferencialmente da especialidade médica.

família e comunidade, enfermeiro preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliares de enfermagem técnicos de enfermagem. Poderão agregar outros profissionais como dentistas, auxiliares de saúde bucal, agentes comunitários de saúde e agentes de combate à endemias.

A composição da carga horária mínima por categoria profissional deverá ser de 10 (dez) horas máximo de 3 (três) profissionais por categoria, devendo somar no mínimo 40 horas/semanais.

O processo de trabalho, a combinação das jornadas de trabalho dos profissionais das equipes e os dias de funcionamento devem ser organizados de modo que garantam amplamente acesso, o vínculo entre pessoas e profissionais, a continuidade, coordenação e longitudinalidade do cuidado.

A distribuição da carga horária dos profissionais é de responsabilidade do gestor, devendo considerar demográfico e epidemiológico local para escolha da especialidade médica, estes devem atuar como gerentes das equipes de Atenção Básica (eAB).

Importante ressaltar que para o funcionamento a equipe deverá contar também com profissionais médio como técnico ou auxiliar de enfermagem.

3 - Equipe de Saúde Bucal (eSB): Modalidade que pode compor as equipes que atuam na atenção constituída por um cirurgião-dentista e um técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de saúde bucal.

Os profissionais de saúde bucal que compõem as equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB) e de devem estar vinculados à uma UBS ou a Unidade Odontológica Móvel, podendo se organizar em seguintes modalidades:

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.

Independentemente da modalidade adotada, os profissionais de Saúde Bucal são vinculados a uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), devendo compartilhar a gestão e o processo de trabalho da equipe, tendo responsabilidade sanitária pela mesma população e território administrado que a equipe de Saúde da Família ou Atenção Básica a qual integra.

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

4 - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB)

Constitui uma equipe multiprofissional e interdisciplinar composta por categorias de profissionais complementares às equipes que atuam na Atenção Básica. É formada por diferentes ocupações (profissões e especialidades) da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte (clínico, sanitário e psicossocial) aos profissionais das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB).

Busca-se que essa equipe seja membro orgânico da Atenção Básica, vivendo integralmente o dia-a-dia da UBS e trabalhando de forma horizontal e interdisciplinar com os demais profissionais, garantindo a longevidade do cuidado e a prestação de serviços diretos à população. Os diferentes profissionais devem estar dispostos a compartilhar saberes, práticas e gestão do cuidado, com uma visão comum e aprender a solucionar problemas de comunicação, de modo a maximizar as habilidades singulares de cada um.

Deve estabelecer seu processo de trabalho a partir de problemas, demandas e necessidades de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos. Para tanto, faz-se necessário o compartilhamento de saberes, práticas intersetoriais e de gestão do cuidado em rede e a realização de uma permanente e gestão de coletivos nos territórios sob responsabilidade destas equipes.

Ressalta-se que os Nasf-AB não se constituem como serviços com unidades físicas independentes, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes que atuam na Atenção Básica). Devem, a partir das demandas identificadas no território, em conjunto com as equipes, atuar de forma integrada à Rede de Atenção à Saúde e seus diversos pontos de atendimento, além de outros equipamentos sociais públicos/privados, redes sociais e comunitárias.

Compete especificamente à Equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB):

a. Participar do planejamento conjunto com as equipes que atuam na Atenção Básica à que estão vini

b. Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necess saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários; e

c. Realizar discussão de casos, atendimento individual, compartilhado, interconsulta, construção cc projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais os ciclos de vida, e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, disc processo de trabalho das equipes dentre outros, no território.

Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisio Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; I Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde s ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente.

A definição das categorias profissionais é de autonomia do gestor local, devendo ser escolhida de acas necessidades do territórios.

5 - Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS):

É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde nas UBS como uma pos para a reorganização inicial da Atenção Básica com vistas à implantação gradual da Estratégia de Saúde ou como uma forma de agregar os agentes comunitários a outras maneiras de organização da Atenção Ba itens necessários à implantação desta estratégia:

a.a existência de uma Unidade Básica de Saúde, inscrita no SCNES vigente que passa a ser a referência para a equipe de agentes comunitários de saúde;

b.o número de ACS e ACE por equipe deverá ser definido de acordo com base populacional demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos), conforme legislação vigente.

c.o cumprimento da carga horária integral de 40 horas semanais por toda a equipe de agentes cor por cada membro da equipe; composta por ACS e enfermeiro supervisor;

d.o enfermeiro supervisor e os ACS devem estar cadastrados no SCNES vigente, vinculados à equipe

e.cada ACS deve realizar as ações previstas nas regulamentações vigentes e nesta portaria e microárea sob sua responsabilidade, cuja população não ultrapasse 750 pessoas;

f. a atividade do ACS deve se dar pela lógica do planejamento do processo de trabalho a necessidades do território, com priorização para população com maior grau de vulnerabilidade e epidemiológico;

g. a atuação em ações básicas de saúde deve visar à integralidade do cuidado no território; e h. preencher e informar os dados através do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica vigente.

3.5 - EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA PARA POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

Todos os profissionais do SUS e, especialmente, da Atenção Básica são responsáveis pela atenção à populações que apresentem vulnerabilidades sociais específicas e, por consequência, necessidades específicas, assim como pela atenção à saúde de qualquer outra pessoa. Isso porque a Atenção Básica responsabilidade direta sobre ações de saúde em determinado território, considerando suas singularidades possibilita intervenções mais oportunas nessas situações específicas, com o objetivo de ampliar o acesso e ofertar uma atenção integral à saúde.

Assim, toda equipe de Atenção Básica deve realizar atenção à saúde de populações específicas. En realidades, contudo, ainda é possível e necessário dispor, além das equipes descritas anteriormente, d adicionais para realizar as ações de saúde à populações específicas no âmbito da Atenção Básica, que de forma integrada para a qualificação do cuidado no território. Aponta-se para um horizonte em que as eq atuam na Atenção Básica possam incorporar tecnologias dessas equipes específicas, de modo que se transição para um momento em que não serão necessárias essas equipes específicas, e todas as populações serão acompanhadas pela eSF.

São consideradas equipes de Atenção Básica para Populações Específicas:

3.6 - ESPECIFICIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

1 - Equipes de Saúde da Família para o atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Pantaneira: Considerando as especificidades locorregionais, os municípios da Amazônia Legal e Pantaneira optar entre 2 (dois) arranjos organizacionais para equipes Saúde da Família, além dos existentes para o país:

a. Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR): São equipes que desempenham parte significativa de suas funções em UBS construídas e/ou localizadas nas comunidades pertencentes à área adstrita e cujo acesso é por meio fluvial e que, pela grande dispersão territorial, necessitam de embarcações para atender as comunidades dispersas no território. As eSFR são vinculadas a uma UBS, que pode estar localizada na sede do Município ou em alguma comunidade ribeirinha localizada na área adstrita.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente especialista em Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família, 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Nas hipóteses de grande dispersão populacional, as eSFR podem contar, ainda, com: até 24 (vinte e quatro) Agentes Comunitários de Saúde; até 12 (doze) microscopistas, nas regiões endêmicas; até 1 (um) Auxiliar/Técnico de enfermagem; e 1 (um) Auxiliar/Técnico de saúde bucal. As eSFR poderão, ainda, até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua composição, dentre enfermeiros e outros profissionais previstos nas equipes de Nasf-AB.

Os agentes comunitários de saúde, os auxiliares/técnicos de enfermagem extras e os auxiliares/técnicos de saúde bucal cumprirão carga horária de até 40 (quarenta) horas semanais de trabalho e deverão residir na área de atuação.

As eSFR prestarão atendimento à população por, no mínimo, 14 (quatorze) dias mensais, com carregamento equivalente a 8 (oito) horas diárias.

Para as comunidades distantes da UBS de referência, as eSFR adotarão circuito de deslocamento que garante o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sessenta) dias, para assegurar a continuidade das ações de Atenção Básica. Caso necessário, poderão possuir unidades de apoio, estabelecimentos que garantem a permanência da eSFR e que não possuem outras equipes de Saúde da Família vinculadas.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abrangência da eSFR receberá incentivo financeiro de custeio para logística, que considera a existência das seguintes estruturas:

a) até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção à saúde de forma descentralizada; e

b) até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais da(s) equipe(s) vinculada(s) ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

Todas as unidades de apoio ou satélites e embarcações devem estar devidamente informadas no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde vigente, a qual as eSFR estão vinculadas.

Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): São equipes que desempenham suas funções em Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF), responsáveis por comunidades dispersas, ribeirinhas e pertencentes à área adstrita, cujo acesso se dá por meio fluvial.

A eSFR será formada por equipe multiprofissional composta por, no mínimo: 1 (um) médico, preferencialmente especialista em Família e Comunidade, 1 (um) enfermeiro, preferencialmente especialista em Saúde da Família, 1 (um) auxiliar ou técnico de enfermagem, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, o ACS e ACE e os profissionais de saúde bucal: 1 (um) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e 1 (um) técnico ou auxiliar em saúde bucal.

Devem contar também, com um (01) técnico de laboratório e/ou bioquímico. Estas equipes poderão compor a composição mínima, os profissionais de saúde bucal, um (1) cirurgião dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e um (01) Técnico ou Auxiliar em Saúde Bucal.

Poderão, ainda, acrescentar até 2 (dois) profissionais da área da saúde de nível superior à sua co
dentre enfermeiros ou outros profissionais previstos para os Nasf - AB

Para as comunidades distantes da Unidade Básica de Saúde de referência, a eSFF adotará c
deslocamento que garanta o atendimento a todas as comunidades assistidas, ao menos a cada 60 (sesse
para assegurar a execução das ações de Atenção Básica.

Para operacionalizar a atenção à saúde das comunidades ribeirinhas dispersas no território de abi
onde a UBS Fluvial não conseguir aportar, a eSFF poderá receber incentivo financeiro de custeio para logi
considera a existência das seguintes estruturas:

a. até 4 (quatro) unidades de apoio (ou satélites), vinculadas e informadas no Cadastro Na
Estabelecimento de Saúde vigente, utilizada(s) como base(s) da(s) equipe(s), onde será realizada a atenção
descentralizada; e

b. até 4 (quatro) embarcações de pequeno porte exclusivas para o deslocamento dos profissionais
da(s) equipe(s) vinculada(s)s ao Estabelecimento de Saúde de Atenção Básica.

1 - Equipe de Consultório na Rua (eCR) -equipe de saúde com composição variável, responsável por
prestar atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua ou com características análogas em de
território, em unidade fixa ou móvel, podendo ter as modalidades e respectivos regramentos descritos ei
específica.

São itens necessários para o funcionamento das equipes de Consultório na Rua (eCR):

a. Realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações espec
unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuand
articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes que atuam na atenção básica d
(eSF/eAB/UBS e Nasf-AB), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência e do
e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da
civil;

b. Cumprir a carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento c
adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno
os dias da semana; e

c. As eCR poderão ser compostas pelas categorias profissionais especificadas em portaria específica

Na composição de cada eCR deve haver, preferencialmente, o máximo de dois profissionais d
profissão de saúde, seja de nível médio ou superior. Todas as modalidades de eCR poderão agregar
comunitários de saúde.

O agente social, quando houver, será considerado equivalente ao profissional de nível médio. Enter
agente social o pro-fissional que desempenha atividades que visam garantir a atenção, a defesa e a pr
pessoas em situação de risco pessoal e social, assim como aproximar as equipes dos valores, modos
cultura das pessoas em situação de rua.

Para vigência enquanto equipe, deverá cumprir os seguintes requisitos:

I - demonstração do cadastramento da eCR no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos
(SCNES); e

II - alimentação de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente, conforme norma esp

Em Municípios ou áreas que não tenham Consultórios na Rua, o cuidado integral das pessoas em si
rua deve seguir sendo de responsabilidade das equipes que atuam na Atenção Básica, incluindo os profis
saúde bucal e os Núcleos Ampliados à Saúde da Família e equipes de Atenção Básica (Nasf-AB) do terri
estas pessoas estão concentradas.

Para cálculo do teto das equipes dos Consultórios na Rua de cada município, serão tomados com
dados dos censos populacionais relacionados à população em situação de rua realizados por órgãos
reconhecidos pelo Ministério da Saúde.

As regras estão publicadas em portarias específicas que disciplinam composição das equipes,
incentivo financeiro, diretrizes de funcionamento, monitoramento e acompanhamento das equipes de con
rua entre outras disposições.

1 - Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP): São compostas por equipe multiprofissional que é cadastrada no Sistema Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente, e com responsabilidade de : prestar atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade.

Com o objetivo de garantir o acesso das pessoas privadas de liberdade no sistema prisional ao cuidado no SUS, é previsto na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Prisional (PNAISP), que os serviços de saúde no sistema prisional passam a ser ponto de atenção da Atenção à Saúde (RAS) do SUS, qualificando também a Atenção Básica no âmbito prisional como porta de entrada no sistema e ordenadora das ações e serviços de saúde, devendo realizar suas atividades nas unidades prisionais Unidades Básicas de Saúde a que estiver vinculada, conforme portaria específica.

4 - ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA

As atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica deverão seguir regras específicas do Ministério da Saúde, bem como as definições de escopo de práticas, protocolos, diretrizes terapêuticas, além de outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores federal, estadual, municipal e Distrito Federal.

4.1 Atribuições Comuns a todos os membros das Equipes que atuam na Atenção Básica:

- Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades;

- Cadastrar e manter atualizado o cadastramento e outros dados de saúde das famílias e dos indivíduos no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando as informações sistematicamente para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

- Realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da Unidade de Saúde, e quando necessário, no domicílio e demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros); a atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em situação socioeducativa, privada de liberdade, ribeirinha, fluvial, etc.).

- Realizar ações de atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades, protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, assim como, na oferta nacional de serviços essenciais e ampliados da AB;

V. Garantir a atenção à saúde da população adscrita, buscando a integralidade por meio da realização de promoção, proteção e recuperação da saúde, prevenção de doenças e agravos e da gestão do atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância em saúde, incorporando diversas racionalidades em saúde, inclusive Práticas Integrativas e Complementares;

VI. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando clareza de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

VII. Responsabilizar-se pelo acompanhamento da população adscrita ao longo do tempo no que se referem a múltiplas situações de doenças e agravos, e às necessidades de cuidados preventivos, permitindo a longevidade do cuidado;

VIII. Praticar cuidado individual, familiar e dirigido a pessoas, famílias e grupos sociais, visando as intervenções que possam influenciar os processos saúde-doença individual, das coletividades e da comunidade;

IX. Responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando de atenção em outros pontos de atenção do sistema de saúde;

X. Utilizar o Sistema de Informação da Atenção Básica vigente para registro das ações de saúde, visando subsidiar a gestão, planejamento, investigação clínica e epidemiológica, e à avaliação dos serviços de saúde;;

XI. Contribuir para o processo de regulação do acesso a partir da Atenção Básica, participando da elaboração de fluxos assistenciais na RAS, bem como da elaboração e implementação de protocolos e diretrizes terapêuticas para a ordenação desses fluxos;

XII. Realizar a gestão das filas de espera, evitando a prática do encaminhamento desnecessário, com

processos de regulação locais (referência e contrarreferência), ampliando-a para um processo de compar de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes que atuam na atenção básica;

XIII. Prever nos fluxos da RAS entre os pontos de atenção de diferentes configurações tecnic integração por meio de serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuid

XIV. Instituir ações para segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e diminuir c adversos;

XV. Alimentar e garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação da Atençõ conforme normativa vigente;

XVI. Realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como outras agravos, surtos, acidentes, violências, situações sanitárias e ambientais de importância local, considerar ocorrências para o planejamento de ações de prevenção, proteção e recuperação em saúde no território;

XVII. Realizar busca ativa de internações e atendimentos de urgência/emergência por causas se Atenção Básica, a fim de estabelecer estratégias que ampliem a resolutividade e a longitudinalidade pela que atuam na AB;

XVIII. Realizar visitas domiciliares e atendimentos em domicílio às famílias e pessoas em re Instituições de Longa Permanência (ILP), abrigos, entre outros tipos de moradia existentes em seu ter acordo com o planejamento da equipe, necessidades e prioridades estabelecidas;

XIX. Realizar atenção domiciliar a pessoas com problemas de saúde controlados/compensados c grau de dependência para as atividades da vida diária e que não podem se deslocar até a Unidade Básica d

XX. Realizar trabalhos interdisciplinares e em equipe, integrando áreas técnicas, profissionais de formações e até mesmo outros níveis de atenção, buscando incorporar práticas de vigilância, clínica a matriciamento ao processo de trabalho cotidiano para essa integração (realização de consulta com reservada aos profissionais de nível superior, construção de Projeto Terapêutico Singular, trabalho com gru outras estratégias, em consonância com as necessidades e demandas da população);

XXI. Participar de reuniões de equipes a fim de acompanhar e discutir em conjunto o planejamento e sistemática das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis, visando a readequação cor processo de trabalho;

XXII. Articular e participar das atividades de educação permanente e educação continuada;

XXIII. Realizar ações de educação em saúde à população adstrita, conforme planejamento da utilizando abordagens adequadas às necessidades deste público;

XXIV. Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS;

XIV. Promover a mobilização e a participação da comunidade, estimulando conselhos/colegiados, cc de gestores locais, profissionais de saúde e usuários, viabilizando o controle social na gestão da Unidade Saúde;

XXV. Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais;

XXVI. Acompanhar e registrar no Sistema de Informação da Atenção Básica e no mapa de acompa do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros pro-gramas sociais equivalentes, as condicionalidades de s famílias beneficiárias;

XXVII. Realizar outras ações e atividades, de acordo com as prioridades locais, definidas pelo gestor l

4.2. São atribuições específicas dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica:

4.2.1 - Enfermeiro:

I - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando indicado ou n no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos

II - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, p medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabe gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

III - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com os protocolos estabelecidos;

IV - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

V - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme estabelecido pela rede local;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, Atividades de Enfermagem, em conjunto com os outros membros da equipe;

VII - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;

VIII - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência; e

IX - Exercer outras atribuições conforme legislação profissional, e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem:

I - Participar das atividades de atenção à saúde realizando procedimentos regulamentados no exercício da profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros);

II - Realizar procedimentos de enfermagem, como curativos, administração de medicamentos, vacinação, de material para exames, lavagem, preparação e esterilização de materiais, entre outras atividades delegadas ao enfermeiro, de acordo com sua área de atuação e regulamentação; e

III - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.1 - Médico:

I - Realizar a atenção à saúde às pessoas e famílias sob sua responsabilidade;

II - Realizar consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), de acordo com conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor (federal, estadual, municipal ou Distrito Federal), observadas as disposições legais da profissão;

III - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;

IV - Encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais, sob sua responsabilidade o acompanhamento do plano terapêutico prescrito;

V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização e o acompanhamento da pessoa;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe; e

VII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Cirurgião-Dentista:

I - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as famílias e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), de acordo com planejamento da equipe, de conformidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;

II - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação da atenção à saúde bucal;

em saúde bucal no território;

III - Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendimentos de urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de bucais;

V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros da equipe buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI - Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os demais membros da equipe;

VIII - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.3 - Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I - Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos e suas atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços coletivos (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e profissionais;

II - Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV - Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V - Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores e promotores de promoção à saúde;

VI - Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de exames de rotina;

VIII - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

IX - Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

X - Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios odontológicos;

XI - Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direcionada ao uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XII - Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demandados por ele mesmo;

XIII - Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;

XIV - Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumento e dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV - Proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XVII - Processar filme radiográfico;

- XVIII - Selecionar moldeiras;
- XIX - Preparar modelos em gesso;
- XX - Manipular materiais de uso odontológico.
- XXI - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.4 - Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

- I - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, planejamento local e protocolos de atenção à saúde;
- II - Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;
- III - Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas,
- IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;
- V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;
- VI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de resíduos odontológicos;
- VII - Processar filme radiográfico;
- VIII - Selecionar moldeiras;
- IX - Preparar modelos em gesso;
- X - Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;
- XI - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de exame;
- XII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.5 - Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento da qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura da AB.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o objetivo de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja parte integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente com nível superior, e dentre suas atribuições estão:

- I - Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre o âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica e orientar a organização do processo de trabalho na UBS;
- II - Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e produção das equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos demais profissionais;
- III - Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como mediação de conflitos e resolução de problemas;
- IV - Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores, assumem responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vi parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento c e divulgando os resultados obtidos;

VI - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII - Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, aml UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com dem da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X - Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferê equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsá

XI - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação interset atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equip melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Pe seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII - Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em ins controle social;

XIV - Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que inter funcionamento da unidade; e

XV - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito F acordo com suas competências.

4.2.6 - Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) se integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I - Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial os mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e considerar as necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do território, com especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domiciliares;

IV - Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham impacto epidemiológico relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transmissão de doenças infecciosas e agravos;

V - Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva;

VI - Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de referência;

referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII - Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental das formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII - Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas na utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX - Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esportes, assistência social, entre outros; e

XI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b) Atribuições do ACS:

I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas as de sua área, mantendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utilizando forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e social da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantindo o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscritas, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhar as necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames sólidos;

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas é excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o paciente para a unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir e controlar agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento e monitoramento de pacientes diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica;

III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente, solução fisiológica e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - Indicar a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização e o acompanhamento da pessoa;

VI - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com os membros da equipe; e

VII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.2 - Cirurgião-Dentista:

I - Realizar a atenção em saúde bucal (promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, di- tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde) individual e coletiva a todas as f indivíduos e a grupos específicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no dom nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outros), de acordo com planejamento da eq resolubilidade e em conformidade com protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, bem como outras r técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as di legais da profissão;

II - Realizar diagnóstico com a finalidade de obter o perfil epidemiológico para o planejamento e a pro em saúde bucal no território;

III - Realizar os procedimentos clínicos e cirúrgicos da AB em saúde bucal, incluindo atendin urgências, pequenas cirurgias ambulatoriais e procedimentos relacionados com as fases clínicas de n adaptação e acompanhamento de próteses dentárias (elementar, total e parcial removível);

IV - Coordenar e participar de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e à prevenção de bucais;

V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde com os demais membros c buscando aproximar saúde bucal e integrar ações de forma multidisciplinar;

VI - Realizar supervisão do técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB);

VII - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com membros da equipe;

VIII - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem crônicas no território, junto aos demais membros da equipe; e

IX - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.3 - Técnico em Saúde Bucal (TSB):

I - Realizar a atenção em saúde bucal individual e coletiva das famílias, indivíduos e a grupos es atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços co (escolas, associações entre outros), segundo programação e de acordo com suas competências técnicas e !

II - Coordenar a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos;

III - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros c buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

IV - Apoiar as atividades dos ASB e dos ACS nas ações de prevenção e promoção da saúde bucal;

V - Participar do treinamento e capacitação de auxiliar em saúde bucal e de agentes multiplicadores : de promoção à saúde;

VI - Participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bu

VII - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de exa

VIII - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

IX - Fazer remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

X - Realizar fotografias e tomadas de uso odontológico exclusivamente em consultórios odontológicas;

XI - Inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária dire vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

XII - Auxiliar e instrumentar o cirurgião-dentista nas intervenções clínicas e procedimentos demand mesmo;

XIII - Realizar a remoção de sutura conforme indicação do Cirurgião Dentista;

XIV - Executar a organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumento e equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

XV - Proceder à limpeza e à antisepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos;

XVI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e equipamentos odontológicos;

XVII - Processar filme radiográfico;

XVIII - Selecionar moldeiras;

XIX - Preparar modelos em gesso;

XX - Manipular materiais de uso odontológico.

XXI - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.4 - Auxiliar em Saúde Bucal (ASB):

I - Realizar ações de promoção e prevenção em saúde bucal para as famílias, grupos e indivíduos, planejamento local e protocolos de atenção à saúde;

II - Executar organização, limpeza, assepsia, desinfecção e esterilização do instrumental, dos equipamentos odontológicos e do ambiente de trabalho;

III - Auxiliar e instrumentar os profissionais nas intervenções clínicas,

IV - Realizar o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal;

V - Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros de Atenção Básica, buscando aproximar e integrar ações de saúde de forma multidisciplinar;

VI - Aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, transporte, manuseio e descarte de resíduos odontológicos;

VII - Processar filme radiográfico;

VIII - Selecionar moldeiras;

IX - Preparar modelos em gesso;

X - Manipular materiais de uso odontológico realizando manutenção e conservação dos equipamentos;

XI - Participar da realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de ex-

e

XII - Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

4.2.5 - Gerente de Atenção Básica

Recomenda-se a inclusão do Gerente de Atenção Básica com o objetivo de contribuir para o aprimoramento da qualificação do processo de trabalho nas Unidades Básicas de Saúde, em especial ao fortalecer a atenção prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o objetivo de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja parte integrante das equipes vinculadas à UBS e que possua experiência na Atenção Básica, preferencialmente com nível superior, e dentre suas atribuições estão:

I - Conhecer e divulgar, junto aos demais profissionais, as diretrizes e normas que incidem sobre o âmbito nacional, estadual, municipal e Distrito Federal, com ênfase na Política Nacional de Atenção Básica e orientar a organização do processo de trabalho na UBS;

II - Participar e orientar o processo de territorialização, diagnóstico situacional, planejamento e prodas equipes, avaliando resultados e propondo estratégias para o alcance de metas de saúde, junto aos profissionais;

III - Acompanhar, orientar e monitorar os processos de trabalho das equipes que atuam na AE gerência, contribuindo para implementação de políticas, estratégias e programas de saúde, bem como mediação de conflitos e resolução de problemas;

IV - Mitigar a cultura na qual as equipes, incluindo profissionais envolvidos no cuidado e gestores responsabilidades pela sua própria segurança de seus colegas, pacientes e familiares, encorajando a identificação e a resolução dos problemas relacionados à segurança;

V - Assegurar a adequada alimentação de dados nos sistemas de informação da Atenção Básica vi parte dos profissionais, verificando sua consistência, estimulando a utilização para análise e planejamento e divulgando os resultados obtidos;

VI - Estimular o vínculo entre os profissionais favorecendo o trabalho em equipe;

VII - Potencializar a utilização de recursos físicos, tecnológicos e equipamentos existentes na UBS, os processos de cuidado a partir da orientação à equipe sobre a correta utilização desses recursos;

VIII - Qualificar a gestão da infraestrutura e dos insumos (manutenção, logística dos materiais, ampliação da UBS), zelando pelo bom uso dos recursos e evitando o desabastecimento;

IX - Representar o serviço sob sua gerência em todas as instâncias necessárias e articular com demais da gestão e do território com vistas à qualificação do trabalho e da atenção à saúde realizada na UBS;

X - Conhecer a RAS, participar e fomentar a participação dos profissionais na organização dos usuários, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, apoiando a referência e contrarreferência das equipes que atuam na AB e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis;

XI - Conhecer a rede de serviços e equipamentos sociais do território, e estimular a atuação intersetorial de atenção diferenciada para as vulnerabilidades existentes no território;

XII - Identificar as necessidades de formação/qualificação dos profissionais em conjunto com a equipe, melhorias no processo de trabalho, na qualidade e resolutividade da atenção, e promover a Educação Popular, seja mobilizando saberes na própria UBS, ou com parceiros;

XIII - Desenvolver gestão participativa e estimular a participação dos profissionais e usuários em inserção e controle social;

XIV - Tomar as providências cabíveis no menor prazo possível quanto a ocorrências que interficiam no funcionamento da unidade; e

XV - Exercer outras atribuições que lhe sejam designadas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, de acordo com suas competências.

4.2.6 - Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Combate a Endemias (ACE)

Seguindo o pressuposto de que Atenção Básica e Vigilância em Saúde devem se unir para a identificação de problemas de saúde nos territórios e o planejamento de estratégias de intervenção clínica e social mais efetivas e eficazes, orienta-se que as atividades específicas dos agentes de saúde (ACS e ACE) são integradas.

Assim, além das atribuições comuns a todos os profissionais da equipe de AB, são atribuições dos ACS e ACE:

a) Atribuições comuns do ACS e ACE

I - Realizar diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território, contribuindo para o processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe;

II - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial os mais prevalentes no território, e de vigilância em saúde, por meio de visitas domiciliares regulares e educativas individuais e coletivas, na UBS, no domicílio e outros espaços da comunidade, incluindo a investigação epidemiológica de casos suspeitos de doenças e agravos junto a outros profissionais da equipe quando necessário;

III - Realizar visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e coi necessidades de saúde da população, para o monitoramento da situação das famílias e indivíduos do terri especial atenção às pessoas com agravos e condições que necessitem de maior número de visitas domicilia

IV - Identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham in epidemiológica relacionada aos fatores ambientais, realizando, quando necessário, bloqueio de transr doenças infecciosas e agravos;

V - Orientar a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e m prevenção individual e coletiva;

VI - Identificar casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhar os usuários para a unidade de referência, registrar e comunicar o fato à autoridade de saúde responsável pelo território;

VII - Informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambienta formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores;

VIII - Conhecer o funcionamento das ações e serviços do seu território e orientar as pessoas utilização dos serviços de saúde disponíveis;

IX.-Estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

X - Identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esport assistência social, entre outros; e

XI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

b)Atribuições do ACS:

I - Trabalhar com adscrição de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastrar todas a de sua área, man-tendo os dados atualizados no sistema de informação da Atenção Básica vigente, utiliza forma sistemática, com apoio da equipe, para a análise da situação de saúde, considerando as cara sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, e priorizando as situações acompanhadas no planejamento local;

II - Utilizar instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e so da comunidade;

III - Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de n óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético;

IV - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscri considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos coletividades;

V - Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados;

VI - Participar dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhar necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames soli

VII - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

Poderão ser consideradas, ainda, atividades do Agente Comunitário de Saúde, a serem realizadas é excepcional, assistidas por profissional de saúde de nível superior, membro da equipe, após treinamento e fornecimento de equipamentos adequados, em sua base geográfica de atuação, encaminhando o pacier unidade de saúde de referência.

I - aferir a pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir c agravos;

II - realizar a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento c diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam n Básica;

III - aferição da temperatura axilar, durante a visita domiciliar;

IV - realizar técnicas limpas de curativo, que são realizadas com material limpo, água corrente fisiológico e cobertura estéril, com uso de coberturas passivas, que somente cobre a ferida; e

V - orientação e apoio, em domicílio, para a correta administração da medicação do paciente em si vulnerabilidade.

Importante ressaltar que os ACS só realizarão a execução dos procedimentos que requeiram ci. técnica específica se detiverem a respectiva formação, respeitada autorização legal.

c) Atribuições do ACE:

I - Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de

II - Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, incluindo, dentre outros, o recenseamento de animais e levantamento de índice amostral tecnicamente indicado;

III - Executar ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores;

IV - Realizar e manter atualizados os mapas, croquis e o reconhecimento geográfico de seu território;

V - Executar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção e controle de doenças; e

VI - Exercer outras atribuições que lhes sejam atribuídas por legislação específica da categoria, normativa instituída pelo gestor federal, municipal ou do Distrito Federal.

O ACS e o ACE devem compor uma equipe de Atenção Básica (eAB) ou uma equipe de Saúde da Família (eSF) e serem coordenados por profissionais de saúde de nível superior realizado de forma compartilhada a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde. Nas localidades em que não houver cobertura por equipe de Atenção Básica (eAB) ou equipe de Saúde da Família (eSF), o ACS deve se vincular à equipe da Estratégia de Comunitários de Saúde (EACS). Já o ACE, nesses casos, deve ser vinculado à equipe de vigilância em Saúde do município e sua supervisão técnica deve ser realizada por profissional com comprovada capacidade técnica para estar vinculado à equipe de atenção básica, ou saúde da família, ou a outro serviço a ser definido pelo gestor.

5. DO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

A Atenção Básica como contato preferencial dos usuários na rede de atenção à saúde orienta-se pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir dos quais assume funções e características específicas. Considera a realidade social em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção da saúde, da prevenção de doenças e agravos, do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos e sofrimentos que possam comprometer sua autonomia.

Dessa forma, é fundamental que o processo de trabalho na Atenção Básica se caracteriza por:

I - Definição do território e Territorialização - A gestão deve definir o território de responsabilidade da equipe, e esta deve conhecer o território de atuação para programar suas ações de acordo com o perfil das necessidades da comunidade, considerando diferentes elementos para a cartografia: ambientais, demográficos, geográficos, econômicos, sanitários, sociais, culturais, etc. Importante refazer ou complementar a territorialização sempre que necessário, já que o território é vivo. Nesse processo, a Vigilância em Saúde (ambiental, epidemiológica e do trabalhador) e a Promoção da Saúde se mostram como referenciais essenciais para a identificação da rede de causalidades e dos elementos que exercem determinação sobre o processo saudável, auxiliando na percepção dos problemas de saúde da população por parte da equipe e no planejamento das estratégias de intervenção.

Além dessa articulação de olhares para a compreensão do território sob a responsabilidade das equipes que atuam na AB, a integração entre as ações de Atenção Básica e Vigilância em Saúde deve ser concreta, de modo que se recomenda a adoção de um território único para ambas as equipes, em que o Agente de Combate às Endemias (ACE) trabalhe em conjunto com o Agente Comunitário de Saúde e os demais membros da equipe multiprofissional, na identificação das necessidades de saúde da população e no planejamento das intervenções clínicas e sanitárias.

Possibilitar, de acordo com a necessidade e conformação do território, através de pactuação e negociação entre gestão e equipes, que o usuário possa ser atendido fora de sua área de cobertura, mantendo o direito ao atendimento.

informação com a equipe de referência.

II - Responsabilização Sanitária - Papel que as equipes devem assumir em seu território de (adstricção), considerando questões sanitárias, ambientais (desastres, controle da água, solo, ar), epidérmicas (surtos, epidemias, notificações, controle de agravos), culturais e socioeconômicas, contribuindo por intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde da população com residência fixa, os i (população em situação de rua, ciganos, circenses, andarilhos, acampados, assentados, etc) ou trabalhadores da área adstrita.

III - Porta de Entrada Preferencial - A responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização do escopo de ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e encaminhamento para os outros pontos de atenção da RAS, etc). Caso o usuário acesse a rede através de nível de atenção, ele deve ser referenciado à Atenção Básica para que siga sendo acompanhado, assegurando a continuidade do cuidado.

IV - Adscrição de usuários e desenvolvimento de relações de vínculo e responsabilização entre a equipe e a população do seu território de atuação, de forma a facilitar a adesão do usuário ao cuidado compartilhado com a equipe (vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência no seu cuidado).

V - Acesso - A unidade de saúde deve acolher todas as pessoas do seu território de referência, universal e sem diferenciações excludentes. Acesso tem relação com a capacidade do serviço em responder às necessidades de saúde da população (residente e itinerante). Isso implica dizer que as necessidades da população devem ser o principal referencial para a definição do escopo de ações e serviços a serem ofertados, para que esses serão organizados e para o todo o funcionamento da UBS, permitindo diferenciações de atendimento (estendido, sábado, etc), formas de agendamento (por hora marcada, por telefone, e-mail, etc) para assegurar o acesso. Pelo mesmo motivo, recomenda-se evitar barreiras de acesso como o fechamento da unidade durante o horário de almoço ou em períodos de férias, entre outros, impedindo ou restringindo a população. Destaca-se que horários alternativos de funcionamento que atendam expressamente a necessidades da população podem ser pactuados através das instâncias de participação social e gestão local.

Importante ressaltar também que para garantia do acesso é necessário acolher e resolver os agravos de incidência no território e não apenas as ações programáticas, garantindo um amplo escopo de ofertas nas modalidades a concentrar recursos e maximizar ofertas.

VI - O acolhimento deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, suas necessidades, problematizando e reconhecendo como legítimas, e realizando avaliação de risco e vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que maior o grau de vulnerabilidade e risco, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe, com especificações para as condições crônicas.

Considera-se condição crônica aquela de curso mais ou menos longo ou permanente que exige rotinas contínuas, proativas e integradas do sistema de atenção à saúde, dos profissionais de saúde e das usuárias para o seu controle efetivo, eficiente e com qualidade.

Ressalta-se a importância de que o acolhimento aconteça durante todo o horário de funcionamento da unidade, organização dos fluxos de usuários na unidade, no estabelecimento de avaliações de risco e vulnerabilidade, definição de modelagens de escuta (individual, coletiva, etc), na gestão das agendas de atendimento individualizado e ofertas de cuidado multidisciplinar, etc.

A saber, o acolhimento à demanda espontânea na Atenção Básica pode se constituir como:

a. Mecanismo de ampliação/facilitação do acesso - a equipe deve atender todos as pessoas que chegam à UBS, conforme sua necessidade, e não apenas determinados grupos populacionais, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida. Dessa forma a ampliação do acesso ocorre também contemplando a programada e a demanda espontânea, abordando as situações conforme suas especificidades, dinâmicas e contextuais.

b. Postura, atitude e tecnologia do cuidado - se estabelece nas relações entre as pessoas e os trabalhadores, nos modos de escuta, na maneira de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos (sensibilidade ao trabalhador, posicionamento ético situacional), podendo facilitar a continuidade do cuidado ou facilitando sobretudo para aqueles que procuram a UBS fora das consultas ou atividades agendadas.

c. Dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe - a implantação do acolhimento à demanda espontânea.

provocar mudanças no modo de organização das equipes, relação entre trabalhadores e modo de receber a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado possível encaminhar todas as pessoas ao médico, aliás o acolhimento não deve se restringir à triagem. Organizar a partir do acolhimento exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado lidar com as necessidades de saúde da população e território. Para isso é importante que a equipe de profissionais vão receber o usuário que chega; como vai avaliar o risco e vulnerabilidade; fluxos e protocolos de encaminhamento; como organizar a agenda dos profissionais para o cuidado; etc.

Destacam-se como importantes ações no processo de avaliação de risco e vulnerabilidade na Atenção à Acolhimento com Classificação de Risco (a) e a Estratificação de Risco (b).

a) Acolhimento com Classificação de Risco: escuta qualificada e comprometida com a avaliação do risco, agravo à saúde e grau de sofrimento dos usuários, considerando dimensões de expressão (física social, etc) e gravidade, que possibilita priorizar os atendimentos a eventos agudos (condições agudas e agudas) e de condições crônicas) conforme a necessidade, a partir de critérios clínicos e de vulnerabilidade disponíveis diretrizes e protocolos assistenciais definidos no SUS.

O processo de trabalho das equipes deve estar organizado de modo a permitir que urgência/emergência tenham prioridade no atendimento, independentemente do número de consultas agendadas no período. Caberá à UBS prover atendimento adequado à situação e dar suporte até que os usuários sejam encaminhados em outros pontos de atenção da RAS.

As informações obtidas no acolhimento com classificação de risco deverão ser registradas em prontuário do cidadão (físico ou preferencialmente eletrônico).

Os desfechos do acolhimento com classificação de risco poderão ser definidos como: 1- como procedimento imediato;

1. consulta ou procedimento em horário disponível no mesmo dia;
2. agendamento de consulta ou procedimento em data futura, para usuário do território;
3. procedimento para resolução de demanda simples prevista em protocolo, como renovação de receitas para pessoas com condições crônicas, condições clínicas estáveis ou solicitação de exames para o seguimento de cuidado bem definida;
4. encaminhamento a outro ponto de atenção da RAS, mediante contato prévio, respeitado o princípio da proximidade e aplicável; e
5. orientação sobre territorialização e fluxos da RAS, com indicação específica do serviço de saúde que deve ser procurado, no município ou fora dele, nas demandas em que a classificação de risco não exija atendimento em hospital ou pronto-socorro no momento da procura do serviço.

b) Estratificação de risco: É o processo pelo qual se utiliza critérios clínicos, sociais, econômicos, familiares, entre outros, com base em diretrizes clínicas, para identificar subgrupos de acordo com a complexidade da condição de saúde, com o objetivo de diferenciar o cuidado clínico e os fluxos que cada usuário deve seguir de Atenção à Saúde para um cuidado integral.

A estratificação de risco da população adscrita a determinada UBS é fundamental para que a equipe organize as ações que devem ser oferecidas a cada grupo ou estrato de risco/vulnerabilidade, levando em consideração a necessidade e adesão dos usuários, bem como a racionalidade dos recursos disponíveis no território de saúde.

VII - Trabalho em Equipe Multiprofissional - Considerando a diversidade e complexidade das situações que a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incluindo práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de trabalho com o objetivo de integrar também profissionais de outros níveis de atenção.

VIII - Resolutividade - Capacidade de identificar e intervir nos riscos, necessidades e demandas de uma população, atingindo a solução de problemas de saúde dos usuários. A equipe deve ser resolutiva desde o atendimento inicial, até demais ações e serviços da AB de que o usuário necessite. Para tanto, é preciso garantir ampla oferta de serviços e abordagens de cuidado, de modo a concentrar recursos, maximizar as ofertas e melhorar o encaminhamento de forma qualificada o usuário que necessite de atendimento especializado. Isso inclui diferentes tecnologias e abordagens de cuidado individual e coletivo, por meio de habilidades das equipes para a promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, proteção e recuperação da saúde, e redução de riscos.

Importante promover o uso de ferramentas que apoiem e qualifiquem o cuidado realizado pelas equipes ferramentas da clínica ampliada, gestão da clínica e promoção da saúde, para ampliação da resolução abrangência da AB.

Entende-se por ferramentas de Gestão da Clínica um con-junto de tecnologias de microgestão destinado a promover uma atenção à saúde de qualidade, como protocolos e diretrizes clínicas, planos linhas de cuidado, projetos terapêuticos singulares, genograma, ecomapa, gestão de listas de espera clínica, indicadores de cuidado, entre outras. Para a utilização dessas ferramentas, deve-se considerar a centralização nas pessoas; efetiva, estruturada com base em evidências científicas; segura, que não cause pessoas e aos profissionais de saúde; eficiente, oportunidade, prestada no tempo certo; equitativa, de forma a desigualdades e que a oferta do atendimento se dê de forma humanizada.

VIII - Promover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, com base nas necessidades sociais e de saúde, através do estabelecimento de ações de continuidade informacional, interpessoal e local com a população. A Atenção Básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, resolutiva e que contribui para fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o centro de atenção à saúde. Para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter noção sobre a amplitude clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, intersetorial.

Para isso pode ser necessário realizar de ações de atenção à saúde nos estabelecimentos de Atenção à saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros que comportem a ação planejada.

IX - Realização de ações de atenção domiciliar destinada a usuários que possuam problemas controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma Unidade de Saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde, para e/ou pessoas para busca ativa, ações de vigilância em saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de atenção domiciliar nos casos de maior complexidade.

X - Programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde, critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência. Inclui-se aqui o planejamento e organização da equipe de trabalho compartilhada de todos os profissionais, e recomenda-se evitar a divisão de agenda segundo os problemas de saúde, ciclos de vida, gênero e patologias dificultando o acesso dos usuários. Recomenda-se a utilização de instrumentos de planejamento estratégico situacional em saúde, que seja ascendente e participação popular (gestores, trabalhadores e usuários).

XI - Implementação da Promoção da Saúde como um princípio para o cuidado em saúde, entendendo que além da sua importância para o olhar sobre o território e o perfil das pessoas, considerando a determinação dos processos saúde-doença para o planejamento das intervenções da equipe, contribui também para a diversificação e diversificação das ofertas de cuidado. A partir do respeito à autonomia dos usuários, é possível estimular a vida e comportamentos com prazer que permaneçam dentro de certos limites sensíveis entre a doença, o saudável e o prejudicial, que sejam singulares e viáveis para cada pessoa. Ainda, numa aceitação ampla, é possível estimular a transformação das condições de vida e saúde de indivíduos e coletivos, e a utilização de estratégias transversais que estimulem a aquisição de novas atitudes entre as pessoas, favorecendo mudanças de vida mais saudáveis e sustentáveis.

Embora seja recomendado que as ações de promoção da saúde estejam pautadas nas necessidades singulares do território de atuação da AB, destacam-se alguns de relevância geral na população brasileira, que devem ser considerados na abordagem da Promoção da Saúde na AB: alimentação adequada e saudável; práticas corporais e atividade física; enfrentamento ao uso do tabaco e seus derivados; enfrentamento do uso abusivo de álcool; promoção da redução de danos; mobilidade segura e sustentável; promoção da cultura de paz e de direitos humanos; e o desenvolvimento sustentável.

XII - Desenvolvimento de ações de prevenção de doenças e agravos em todos os níveis de ação (primária, secundária, terciária e quaternária), que priorizem determinados perfis epidemiológicos e de risco clínicos, comportamentais, alimentares e/ou ambientais, bem como aqueles determinados pela circulação de bens, prestação de serviços de interesse da saúde, ambientes e processos de trabalho. A finalidade dessas ações é prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças, agravos e complicações preventivamente, evitando intervenções desnecessárias e iatrogênicas e ainda estimular o uso racional de medicamentos.

Para tanto é fundamental a integração do trabalho entre Atenção Básica e Vigilância em Saúde, processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise e disseminação de dados sobre

relacionados à saúde, visando ao planejamento e a implementação de medidas de saúde pública para a promoção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da

As ações de Vigilância em Saúde estão inseridas nas atribuições de todos os profissionais da Atenção, envolvem práticas e processos de trabalho voltados para:

- a. vigilância da situação de saúde da população, com análises que subsidiem o planejamento, estabelece prioridades e estratégias, monitoramento e avaliação das ações de saúde pública;
 - b. detecção oportuna e adoção de medidas adequadas para a resposta de saúde pública;
 - c. vigilância, prevenção e controle das doenças transmissíveis; e
 - d. vigilância das violências, das doenças crônicas não transmissíveis e acidentes.

A AB e a Vigilância em Saúde deverão desenvolver ações integradas visando à promoção da prevenção de doenças nos territórios sob sua responsabilidade. Todos profissionais de saúde deverão notificação compulsória e conduzir a investigação dos casos suspeitos ou confirmados de doenças, agravos e eventos de relevância para a saúde pública, conforme protocolos e normas vigentes.

Compete à gestão municipal reorganizar o território, e os processos de trabalho de acordo com a local.

A integração das ações de Vigilância em Saúde com Atenção Básica, pressupõe a reorganização dos processos de trabalho da equipe, a integração das bases territoriais (território único), preferencialmente e reunião das ações e atividades dos agentes comunitários de saúde e do agentes de combate às endemias, com definição de papéis e responsabilidades.

A coordenação deve ser realizada por profissionais de nível superior das equipes que atuam na Básica.

XIII - Desenvolvimento de ações educativas por parte das equipes que atuam na AB, devem ser sistematicamente realizadas de forma que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de ação individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida e promoção do autocuidado pelos usuários.

XIV - Desenvolver ações intersetoriais, em interlocução com escolas, equipamentos do SUAS, associações de moradores, equipamentos de segurança, entre outros, que tenham relevância na comunidade, integrando redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral;

XV - Implementação de diretrizes de qualificação dos modelos de atenção e gestão, tais como, a participação coletiva nos processos de gestão, a valorização, fomento a autonomia e protagonismo dos diferentes implicados na produção de saúde, autocuidado apoiado, o compromisso com a ambiença e com as condições de trabalho e cuidado, a constituição de vínculos solidários, a identificação das necessidades sociais e organizacionais e o serviço em função delas, entre outras;

XVI - Participação do planejamento local de saúde, assim como do monitoramento e a avaliação das sua equipe, unidade e município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas.

O planejamento ascendente das ações de saúde deverá ser elaborado de forma integrada nos âmbitos das equipes, dos municípios, das regiões de saúde e do Distrito Federal, partindo-se do reconhecimento das i presentes no território que influenciam a saúde, condicionando as ofertas da Rede de Atenção Saúde de a a necessidade/demanda da população, com base em parâmetros estabelecidos em evidências científicas epidemiológica, áreas de risco e vulnerabilidade do território adscrito.

As ações em saúde planejadas e propostas pelas equipes deverão considerar o elenco de oferta de serviços prestados na AB, os indicadores e parâmetros, pactuados no âmbito do SUS.

As equipes que atuam na AB deverão manter atualizadas as informações para construção dos indicadores estabelecidos pela gestão, com base nos parâmetros pactuados alimentando, de forma digital, o sistema de informação de Atenção Básica vigente;

XVII - Implantar estratégias de Segurança do Paciente na AB, estimulando prática assistencial envolvendo os pacientes na segurança, criando mecanismos para evitar erros, garantir o cuidado com a pessoa, realizando planos locais de segurança do paciente, fornecendo melhoria contínua relacionada à identificação, a prevenção, a detecção e a redução de riscos.

XVIII - Apoio às estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social, participando dos locais de saúde de sua área de abrangência, assim como, articular e incentivar a participação dos trabalhadores da comunidade nas reuniões dos conselhos locais e municipal; e

XIX - Formação e Educação Permanente em Saúde, como parte do processo de trabalho das equipes que atuam na Atenção Básica. Considera-se Educação Permanente em Saúde (EPS) a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseada na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde. Nesse sentido, é importante que a EPS se desenvolva essencialmente em espaços institucionalizados, que sejam parte das equipes (reuniões, fóruns territoriais, entre outros), devendo ter espaço garantido na carga horária destinada aos trabalhadores e contemplar a qualificação de todos da equipe multiprofissional, bem como os gestores.

Algumas estratégias podem se aliar a esses espaços institucionais em que equipe e gestores aprendem e transformam os processos de trabalho no dia-a-dia, de modo a potencializá-los, tais como Cooperação Horizontal, Apoio Institucional, Tele Educação, Formação em Saúde.

Entende-se que o apoio institucional deve ser pensado como uma função gerencial que busca a refletir o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Ele deve ser visto como objetivo a mudança nas organizações, tomando como matéria-prima os problemas e tensões do ambiente. Nesse sentido, pressupõe-se o esforço de transformar os modelos de gestão verticalizados em relações híbridas que ampliem a democratização, autonomia e compromisso dos trabalhadores e gestores, baseados em relações contínuas e solidárias.

A Formação em Saúde, desenvolvida por meio da relação entre trabalhadores da AB no território (e.g. graduação e residências, projetos de pesquisa e extensão, entre outros), beneficiam a AB e instituições de pesquisa, trabalhadores, docentes e discentes e, acima de tudo, a população, com profissionais de saúde qualificados para a atuação e com a produção de conhecimento na AB. Para o fortalecimento da integração entre ensino, serviços e comunidade no âmbito do SUS, destaca-se a estratégia de celebração de instrumentos de cooperação entre instituições de ensino e serviço, como forma de garantir o acesso a todos os estabelecimentos de saúde. A responsabilidade do gestor da área de saúde como cenário de práticas para a formação no âmbito da graduação e residência em saúde no SUS, bem como de estabelecer atribuições das partes relacionadas ao funcionamento integrado ensino-serviço-comunidade.

Além dessas ações que se desenvolvem no cotidiano das equipes, de forma complementar, é oportunizar processos formativos com tempo definido, no intuito de desenvolver reflexões, conhecimentos, competências, habilidades e atitudes específicas, através dos processos de Educação Continuada, igualmente uma estratégia para a qualificação da AB. As ofertas educacionais devem, de todo modo, ser indissociadas das ações relevantes para a Atenção Básica e da dinâmica cotidiana de trabalho dos profissionais.

6. DO FINANCIAMENTO DAS AÇÕES DE ATENÇÃO BÁSICA

O financiamento da Atenção Básica deve ser tripartite e com detalhamento apresentado pelo Plano de Saúde garantido nos instrumentos conforme especificado no Plano Nacional, Estadual e Municipal de Saúde. No âmbito federal, o montante de recursos financeiros destinados à viabilização de ações de Atenção Básica compõe o bloco de financiamento de Atenção Básica (Bloco AB) e parte do bloco de financiamento de investimento e seus recursos deverão ser utilizados para financiamento das ações de Atenção Básica.

Os repasses dos recursos da AB aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para a Atenção Básica, de acordo com a normatização geral de transferências de recursos fundo a fundo do Ministério da Saúde, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e Distrito Federal.

O financiamento federal para as ações de Atenção Básica deverá ser composto por:

I - Recursos per capita; que levem em consideração aspectos sociodemográficos e epidemiológicos;

II - Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica, os recursos específicos para os municípios que implantarem, as equipes de Saúde da Família (eSF), as eAB, as equipes de Saúde Bucal (eSB), de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), do Programa Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), dos Consultórios na Rua (eCR), de Saúde das Águas Fluviais (eSFF) e Ribeirinhas (eSFR) e Programa Saúde na Escola e Programa Academia da Saúde;

III - Recursos condicionados à abrangência da oferta de ações e serviços;

IV - Recursos condicionados ao desempenho dos serviços de Atenção Básica com parâmetros, a fim de garantir a comparabilidade nacional, tal como o Programa de Melhoria de Acesso e Qualidade;

V - Recursos de investimento;

Os critérios de alocação dos recursos da AB deverão se ajustar conforme a regulamentação de transferência de recursos federais para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, respeitando especificidades locais, e critério definido na LC 141/2012.

I - Recurso per capita:

O recurso per capita será transferido mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde e do Distrito Federal com base num valor multiplicado pela população do município.

A população de cada município e do Distrito Federal será a população definida pelo IBGE e publicada em portaria específica pelo Ministério da Saúde.

II - Recursos que estão condicionados à implantação de estratégias e programas da Atenção Básica

1. Equipe de Saúde da Família (eSF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família implantadas serão prioritário e superior, transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipes de Saúde da Família (eSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família será publicado em portaria específica

2. Equipe de Atenção Básica (eAB): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Atenção Básica (eAB) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipes de Atenção Básica (eAB) registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O percentual de financiamento das equipes de Atenção Básica (eAB), será definido pelo Ministério da Saúde, dependendo da disponibilidade orçamentária e demanda de credenciamento.

1. Equipe de Saúde Bucal (eSB): Os valores dos incentivos financeiros quando as equipes de Saúde da Família (eSF) e/ou Atenção Básica (eAB) forem compostas por profissionais de Saúde Bucal, serão transferidos a cada mês, o valor correspondente a modalidade, tendo como base o número de equipes de Saúde Bucal registrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

1. O repasse mensal dos recursos para o custeio das Equipes de Saúde Bucal será publicado em portaria específica.

1. Equipe Saúde da Família comunidades Ribeirinhas e Fluviais

4.1. Equipes Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de equipes de Saúde da Família Ribeirinhas (eSFR) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das equipes de Saúde da Família Ribeirinhas será publicado em portaria específica e poderá ser agregado um valor nos casos em que a equipe necessite de transporte fluvial para acessar as comunidades ribeirinhas adscritas para execução de suas atividades.

4.2. Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF): os valores dos incentivos financeiros para as equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base o número de Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) registrados no sistema de Cadastro Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

O valor do repasse mensal dos recursos para o custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais será publicado em portaria específica. Assim como, os critérios mínimos para o custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais.

4.3. Equipes Consultório na Rua (eCR)

Os valores do incentivo financeiro para as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) implantadas serão transferidos a cada mês, tendo como base a modalidade e o número de equipes cadastradas no sistema de

Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira.

Os valores do repasse mensal que as equipes dos Consultórios na Rua (eCR) farão jus será de portaria específica.

5. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) O valor do incentivo fede custeio de cada NASFAB, dependerá da sua modalidade (1, 2 ou 3) e será determinado em portaria espec valores dos incentivos financeiros para os NASF-AB implantados serão transferidos a cada mês, tendo cor número de NASF-AB cadastrados no SCNES vigente.

6. Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Os valores dos incentivos financeiros para as equipes de ACS (EACS) implantadas são transferid mês, tendo como base o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), registrados no sistema de Nacional vigente no mês anterior ao da respectiva competência financeira. Será repassada uma parcela último trimestre de cada ano, cujo valor será calculado com base no número de Agentes Comunitários registrados no cadastro de equipes e profissionais do SCNES, no mês de agosto do ano vigente.

A efetivação da transferência dos recursos financeiros descritos no item B tem por base os alimentação obrigatória do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, cuja responsab manutenção e atualização é dos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, estes devem tr dados mensalmente, para o Ministério da Saúde, de acordo com o cronograma definido anualmente pelo SC

III - Do credenciamento

Para a solicitação de credenciamento dos Serviços e de todas as equipes que atuam na Atenção Bás Municípios e Distrito Federal, deve-se obedecer aos seguintes critérios:

I - Elaboração da proposta de projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Bás Municípios/Distrito Federal;

a. O Ministério da Saúde disponibilizará um Manual com as orientações para a elaboração da pr projeto, considerando as diretrizes da Atenção Básica;

b. A proposta do projeto de credenciamento das equipes que atuam na Atenção Básica deverá estar pelo respectivo Conselho de Saúde Municipal ou Conselho de Saúde do Distrito Federal; e

c. As equipes que atuam na Atenção Básica que receberão incentivo de custeio fundo a fundo de inseridas no plano de saúde e programação anual.

II - Após o recebimento da proposta do projeto de credenciamento das eABs, as Secretarias Est Saúde, conforme prazo a ser publicado em portaria específica, deverão realizar:

a. Análise e posterior encaminhamento das propostas para aprovação da Comissão Intergestore (CIB); e

b. após aprovação na CIB, encaminhar, ao Ministério da Saúde, a Resolução com o número de ex estratégia e modalidades, que pleiteiam recebimento de incentivos financeiros da atenção básica.

Parágrafo único: No caso do Distrito Federal a proposta de projeto de credenciamento das equipes na Atenção Básica deverá ser diretamente encaminhada ao Departamento de Atenção Básica do M Saúde.

III - O Ministério da Saúde realizará análise do pleito da Resolução CIB ou do Distrito Federal de acerto de equipes, critérios técnicos e disponibilidade orçamentária; e

IV - Após a publicação de Portaria de credenciamento das novas equipes no Diário Oficial da União municipal deverá cadastrar a(s) equipe(s) no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saí prazo máximo de 4 (quatro) meses, a contar a partir da data de publicação da referida Portaria, sob descredenciamento da(s) equipe(s) caso esse prazo não seja cumprido.

Para recebimento dos incentivos correspondentes às equipes que atuam na Atenção Básica, efe credenciadas em portaria e cadastradas no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de S Municípios/Distrito Federal, deverão alimentar os dados no sistema de informação da Atenção Básic comprovando, obrigatoriamente, o início e execução das atividades.

1. Suspensão do repasse de recursos do Bloco da Atenção Básica

O Ministério da Saúde suspenderá o repasse de recursos da Atenção Básica aos municípios e : Federal, quando:

I - Não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos nacionais de informação, como:

a. inconsistência no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) por dupl profissional, ausência de profissional da equipe mínima ou erro no registro, con-forme normatização vigente;

b. não envio de informação (produção) por meio de Sistema de Informação da Atenção Básica vigen meses consecutivos, conforme normativas específicas.

- identificado, por meio de auditoria federal, estadual e municipal, malversação ou desvio de fina utilização dos recursos.

Sobre a suspensão do repasse dos recursos referentes ao item II: O Ministério da Saúde suspen repasses dos incentivos referentes às equipes e aos serviços citados acima, nos casos em que forem co por meio do monitoramento e/ou da supervisão direta do Ministério da Saúde ou da Secretaria Estadual de por auditoria do DENASUS ou dos órgãos de controle competentes, qualquer uma das seguintes situações:

I - inexistência de unidade básica de saúde cadastrada para o trabalho das equipes e/ou;

II - ausência, por um período superior a 60 dias, de qualquer um dos profissionais que compõem a descritas no item B, com exceção dos períodos em que a contratação de profissionais esteja impedida por específica, e/ou;

III - descumprimento da carga horária mínima prevista para os profissionais das equipes; e < >- au alimentação regular de dados no Sistema de Informação da Atenção Básica vigente.

Especificamente para as equipes de saúde da família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) profissionais de saúde bucal.

As equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) que sofrerem suspeita de recurso, por falta de profissional conforme previsto acima, poderão manter os incentivos financeiros especiais de saúde bucal, conforme modalidade de implantação.

Parágrafo único: A suspensão será mantida até a adequação das irregularidades identificadas.

6.2-Solicitação de crédito retroativo dos recursos suspensos

Considerando a ocorrência de problemas na alimentação do SCNES e do sistema de informação vi parte dos estados, Distrito Federal e dos municípios, o Ministério da Saúde poderá efetuar crédito retroativo de incentivos financeiros deste recurso variável. A solicitação de retroativo será válida para análise desde que ocorra em até 6 meses após a competência financeira de suspensão. Para solicitar os créditos retroativos, os municípios e o Distrito Federal deverão:

- preencher o formulário de solicitação, conforme será disponibilizado em manual específico;- r adequações necessárias nos sistemas vigentes (SCNES e/ou SISAB) que justifiquem o pleito de retroativo, encaminhando à Secretaria de Saúde de seu estado, pleiteando o crédito retroativo , acompanhado do anexo referido e documentação necessária a depender do motivo da suspensão.Parágrafo único: as orientações e documentação a ser encaminhada na solicitação de retroativo constarão em manual específico a ser publicado

As Secretarias Estaduais de Saúde, após analisarem a documentação recebida dos municípios encaminhar ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde (DAB/SAS/MS), a solicitação de complementação de crédito dos incentivos tratados nesta Portaria, acor dos documentos referidos nos itens I e II. Nos casos em que o solicitante de crédito retroativo for o Distrito Federal deverá ser encaminhado diretamente ao DAB/SAS/MS.

O DAB/SAS/MS procederá à análise das solicitações recebidas, verificando a adequação da documentação enviada e dos sistemas de informação vigentes (SCNES e/ou SISAB), bem como a pertinência da justificativa gestor, para deferimento ou não da solicitação.

RICARDO BARROS

Saúde Legis - Sistema de Legislação da Saúde
